Cour des comptes

LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

Octobre 2019

Sommaire

Procédures et méthodes **9**

Délibéré **13**

Synthèse **15**

Première partie Assurer un retour pérenne à l'équilibre financier de la sécurité sociale **29**

Chapitre I La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un retour à l'équilibre repoussé, une maîtrise des dépenses à renforcer **31**

I - Un déficit du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse en forte hausse en 2019 34

A - Une nette détérioration du déficit attendue en 2019 34
B - Une progression amoindrie des recettes, un nouveau recul des cotisations dans le financement de la sécurité sociale 38
C - Une progression plus rapide des dépenses 49
D - La poursuite de la hausse de la dette accumulée à l'ACOSS 54

II - À partir de 2020, une maîtrise accrue des dépenses indispensable à un retour durable de la sécurité sociale à l'équilibre financier 56

A - Une LFSS 2019 visant à la fois retour à l'équilibre, extinction de la dette et rétrocession de recettes à l'État 57
B - La remise en cause de la trajectoire financière de la LFSS 2019 par le PLFSS 2020 58
C - Des risques en dépenses pour les années à venir 60
D - Une nécessaire inflexion du rythme de progression des dépenses 65

Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial de la sécurité sociale pour l'exercice 2018 ..... **69**

I - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre 2018 72

A - Les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2018 73
B - Avis de la Cour 75
C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour 77

II - Avis de la Cour sur la cohérence du tableau patrimonial au 31 décembre 2018 82

A - Le tableau patrimonial au 31 décembre 2018 83
B - Avis de la Cour 86
C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour 91

Chapitre II Les « niches sociales » : des dispositifs dynamiques et insuffisamment encadrés, une rationalisation à engager.....95

I - Une multiplicité de dispositifs aux coûts souvent mal retracés.....98

A - Un recensement incomplet et fluctuant 99
B - Un chiffrage lui aussi incomplet du coût des « niches »..... 101
C - Un coût total des « niches » supérieur à celui affiché dans le tableau de synthèse des PLFSS..... 103

II - Un encadrement nettement insuffisant du coût des « niches »..... 106

A - Un quasi-doublement depuis 2013 du coût affiché des « niches sociales » 106
B - Des mécanismes de plafonnement ou de révision des « niches sociales » de faible portée..... 111
C - Des risques encore insuffisamment pris en compte pour le recouvrement des prélèvements sociaux..... 117

III - Clarifier le périmètre des « niches sociales » et en réduire le coût.....120

A - Un contexte renouvelé pour l'intégration des allègements généraux au barème des cotisations..... 120
B - Encadrer les « niches sociales » en fonction d'une évaluation de leur efficacité 124

Deuxième partie Les revenus de remplacement versés par la sécurité sociale : une soutenabilité et une équité à mieux assurer 131

Chapitre III Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail.....137

I - Une forte dynamique des dépenses 140

A - Depuis 2013, une hausse des dépenses qui contribue à affecter l'équilibre financier de l'assurance maladie 140
B - Une durée des arrêts de travail pour maladie qui s'allonge..... 143
C - Des arrêts de travail fonction de l'âge, des secteurs d'activité et des pratiques de prescription..... 144

II - Des faiblesses de gestion.....148

A - Une réglementation toujours complexe 149
B - Un processus de gestion lourd et entraînant des dépenses injustifiées ou potentiellement évitables 152
C - Un contrôle du service médical à renforcer 160

III - Réguler plus efficacement les dépenses.....164

A - Réduire les arrêts de travail pour maladie résultant des conditions de travail..... 164
B - Recentrer les arrêts de travail prescrits sur leur finalité médicale..... 167
C - Poursuivre la réduction des délais et des dépenses injustifiées ou évitables..... 170

Chapitre IV Les pensions d'invalidité : une modernisation indispensable au service d'un accompagnement renforcé des assurés 175

I - Une prise en charge de l'invalidité marquée par des incohérences 178

A - Une composante importante mais fragmentée de notre système de protection sociale 178
B - Une indemnisation des salariés à des niveaux hétérogènes et mal connus 182
C - Des effets de substitution avec d'autres risques 186

II - Gérer plus activement le risque d'invalidité 192

A - Des enjeux humains et financiers à mieux reconnaître 193
B - Prévenir la désinsertion professionnelle et sociale 196
C - Améliorer l'efficacité d'ensemble du processus médico-administratif de l'invalidité 201

Chapitre V Partir plus tôt à la retraite : des dispositifs nombreux et inégalement justifiés, une redéfinition nécessaire 209

I - Des dispositifs nombreux, désormais à l'origine d'un départ à la retraite sur deux 212

A - De multiples dérogations à l'âge légal ou à la durée d'assurance 212
B - Des finalités multiples, évolutives et inégalement vérifiées 218
C - Une part de plus en plus élevée des départs à la retraite du fait des carrières longues 225

II - Des dispositifs à reconsidérer au vu de leur impact sur la situation financière des régimes de retraite 231

A - Un moindre relèvement de l'âge effectif de départ à la retraite 231
B - Un important montant de dépenses supplémentaires 236
C - Des perspectives financières à consolider 238

Troisième partie Améliorer l'efficience de notre système de santé....245

Chapitre VI Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social : des enjeux à mieux reconnaître, une régulation à reconstruire 249

I - Des dépenses élevées, croissantes et encore en partie mal connues 252

A - Des dépenses élevées et dynamiques 252
B - Des carences importantes quant à la connaissance de la dépense et de la qualité du service rendu 256
C - Une prise en charge publique étendue, mais morcelée en de nombreuses situations 260

II - Une régulation défaillante 263

A - Un encadrement insuffisant de l'offre de transport 264
B - Des tentatives de responsabilisation des prescripteurs aux effets limités 266
C - Des irrégularités répandues 269

III - Responsabiliser les prescripteurs, les patients et les transporteurs 272

A - Poursuivre le transfert des dépenses de transport aux budgets des établissements 272
B - Re-médicaliser les transports de malades 276
C - Organiser les transports de manière plus cohérente 278
D - Lutter contre les irrégularités et les fraudes 280

Chapitre VII Les actes et consultations externes à l'hôpital : une activité à intégrer à la définition de l'offre de soins 285

I - Une activité externe insuffisamment suivie, malgré des enjeux financiers significatifs 288

A - Des dépenses croissantes pour l'assurance maladie, des facteurs d'évolution mal connus..... 289
B - Une activité globalement déficitaire pour les établissements et insuffisamment pilotée..... 293

II - Au-delà d'indispensables progrès de gestion, un rôle à mieux définir dans l'offre de soins 297

A - Des innovations organisationnelles à diffuser 298
B - Des modalités de financement à fiabiliser 301
C - Une place à préciser en fonction des enjeux d'accès aux soins et d'efficience des organisations hospitalières..... 306

Chapitre VIII La politique des greffes : une chaîne de la greffe fragile à mieux organiser 313

I - Des résultats significatifs, mais qui peinent à couvrir les besoins en greffons 316

A - Un cadre favorable au développement des greffes 316
B - Un nombre de greffes qui progresse, mais moins vite que celui des patients en liste d'attente 319
C - Un développement inégal des prélèvements 322

II - Consolider et développer la politique en faveur des greffes 329

A - Rééquilibrer l'offre et la demande de greffons 329
B - Porter une attention renouvelée à l'égalité des chances des patients 334
C - Renforcer la surveillance de l'ensemble des maillons de la chaîne de la greffe 338
D - Employer de manière plus efficiente les moyens accordés..... 340

Chapitre IX L'assistance médicale à la procréation : une efficience à renforcer 345

I - Une offre diversifiée, un coût significatif pour l'assurance maladie.....348

A - Une offre sanitaire publique et privée qui assure une couverture territoriale globalement adaptée aux besoins 348
B - Des coûts significatifs pour l'assurance maladie 353

II - Des résultats dans la moyenne européenne 357

A - Des marges de progrès en matière de taux de naissances et de grossesses multiples..... 358

B - Des résultats médiocres en matière de PMA avec don de gamètes, malgré des progrès récents..... 362

C - Des activités de recherche encadrées par un régime strict d'autorisation 366

III - Améliorer l'efficience de l'assistance médicale à la procréation.....369

A - Porter une attention accrue à l'efficacité et à la pertinence des techniques employées 369

B - Mieux informer sur les résultats des centres de PMA..... 371

C - Actualiser la nomenclature des actes de biologie afin d'adapter les financements au coût des nouvelles techniques 372

Quatrième partie Favoriser une mise en œuvre plus efficace de leurs missions par les organismes de sécurité sociale.....375

Chapitre X La relation de service des caisses de sécurité sociale avec les assurés à l'ère numérique : des transformations à amplifier.....377

I - Une mutation inégalement engagée de la relation de service des caisses de sécurité sociale 380

A - Une place croissante des téléservices 380

B - Des effets encore partiels du numérique sur la relation de service et la productivité..... 385

C - Des enjeux de qualité de service qui restent insuffisamment pris en compte 392

II - Exploiter plus activement les potentialités du numérique au service des assurés.....397

A - Faciliter les relations numériques entre les assurés et les caisses 397

B - Prendre en compte les besoins de l'ensemble des assurés 403

C - Mieux articuler les modes de contact en fonction de la situation des assurés 407

Récapitulatif des recommandations 415

Liste des abréviations 425

Réponses des administrations et des organismes concernés.....433

Procédures et méthodes

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

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

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

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

La préparation du rapport est assurée, au sein de la Cour, par la chambre chargée du contrôle de la sécurité sociale. Les chambres régionales des comptes y contribuent pour certains sujets relatifs à la gestion hospitalière. En tant que de besoin, il est fait appel au concours d'experts extérieurs ; des consultations et des auditions sont organisées pour bénéficier d'éclairages larges et variés.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour des comptes, ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes et donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des différents rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

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

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

La publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte que la Cour se propose de publier aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses accompagnent le texte de la Cour.

La collégialité intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication.

Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Leur rapport d'instruction, comme leurs projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une chambre ou une autre formation comprenant au moins trois magistrats, dont l'un assure le rôle de contre-rapporteur, chargé notamment de veiller à la qualité des contrôles. Il en va de même pour les projets de rapport public.

Le contenu des projets de publication est défini et leur élaboration est suivie, par le comité du rapport public et des programmes, constitué du premier président, du procureur général et des présidents de chambre de la Cour, dont l'un exerce la fonction de rapporteur général.

Enfin, les projets sont soumis, pour adoption, à la chambre du conseil où siègent, sous la présidence du premier président et en présence du procureur général, les présidents de chambre de la Cour, les conseillers maîtres et les conseillers maîtres en service extraordinaire.

Ne prennent pas part aux délibérations des formations collégiales, quelles qu'elles soient, les magistrats tenus de s'abstenir en raison des fonctions qu'ils exercent ou ont exercées, ou pour tout autre motif déontologique.

Le projet de rapport soumis à la chambre du conseil a été préparé par la sixième chambre de la Cour des comptes, présidée par M. Morin, président de chambre, et composée MM. Diricq, Selles, Mmes Monique Saliou, Carrère-Gée, MM. Viola, Laboureix, Mme Latare, MM. Rabaté, de la Guéronnière, Brunner, Mmes Casas, Bouzanne des Mazery, MM. Fulachier, Appia, Mme Hamayon, MM. Feltesse, Saib, Carcagno, Vallet, conseillers maîtres, MM. Guégano, Guéné, conseillers maîtres en service extraordinaire.

Le rapporteur général était M. Viola, conseiller maître, et son adjoint était M. Imberti, auditeur.

Ce projet de rapport a été délibéré par la sixième chambre de la Cour les 16, 22 et 23 janvier, 4 et 5 février, 20, 22, 25, 26 et 27 mars, 1er, 3 et 19 avril, 15, 17 et 20 mai, 24 et 26 juin et 1er et 5 juillet 2019.

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

- en tant que contre-rapporteurs, par MM. Diricq, Selles, Laboureix, Saib, Mmes Saliou et Latare, conseillers maîtres, et M. Guégano, conseiller maître en service extraordinaire ;

- en tant que rapporteurs, par Mme Carrère-Gée, MM. Viola, Rabaté, de la Guéronnière, Mme Bouzanne des Mazery, MM. Fulachier, Appia, conseillers maîtres, M. Guéné, conseiller maître en service extraordinaire, MM. Richard et Séville, Mme Prévost-Mouttalib, conseillers référendaires, MM. Imberti, Boisnaud et Mme Fichen, auditeurs, Mme Chambellan le Levier, M. Charrier, Mmes Clancier et Crémault, MM. Kersauze, Le Bras et Parneix, rapporteurs, avec le concours de MM. Dardigna, Pinatel et Sebbagh, experts de certification, Mme Apparitio et M. Géraci, vérificateurs.

Le projet de rapport a été examiné et approuvé, les 23 avril, 4 et 11 juin, 9 et 16 juillet 2019, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Migaud, Premier président, M. Briet, Mme Moati, M. Morin, Mme Pappalardo, rapporteure générale du comité, MM. Andréani et Terrien, Mme Podeur, présidents de chambre, et Mme Hirsch de Kersauson, Procureure générale, entendue en ses avis.

*

Les rapports de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, comme ceux relatifs à la certification des comptes du régime général de sécurité sociale, sont accessibles en ligne sur le site Internet de la Cour des comptes et des autres juridictions financières : www.ccomptes.fr. Ils sont diffusés par La Documentation française.

Délibéré

La Cour des comptes, délibérant en chambre du conseil en formation plénière, a adopté le rapport *La sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (octobre 2019)*.

Elle a arrêté ses positions au vu du projet communiqué au préalable aux ministres, aux administrations et organismes concernés et des réponses adressées en retour à la Cour. Les réponses sont publiées à la suite du rapport. Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs.

Ont participé au délibéré : M. Migaud, Premier président, Mme Moati, MM. Morin, Andréani, Terrien, Mme Podeur, M. Charpy, présidents de chambre, MM. Durrleman, Duchadeuil, présidents de chambre maintenus en activité, MM. Barbé, Tournier, Mme Darragon, MM. Diricq, Lefebvre, Ténier, Mme Trupin, MM. Selles, Metzger, Mme Monique Saliou, M. Guaino, Mme Carrère-Gée, MM. Zerah, Thornary, Antoine, Mousson, Clément, Le Mer, Dahan, Rousselot, Laboureix, Geoffroy, Glimet, De Nicolay, Mme Latare, MM. Rabaté, De la Guéronnière, Brunner, Albertini, Guillot, Miller, Saudubray, Chatelain, Mmes Bouzanne des Mazery, Soussia, MM. Basset, Fulachier, Appia, Mme Fontaine, M. Strassel, Mme Gravière-Troadec, MM. Homé, Samaran, Dubois, Fialon, Chailland, Mmes Mattei, Toraille, Hamayon, Mondoloni, MM. Bouvard, Angermann, Mme Riou-Canals, MM. Levionnois, Duboscq, Vught, Feltesse, Sciacaluga, Saib, Carcagno, Sitbon, Montarnal, Vallet, Seiller, Mme Mercereau, MM. Michelet, Duguépéroux, Mme Régis, MM. Colin de Verdière, Champomier, conseillers maîtres, MM. Jau, Beauvais, Guéné, Mme Prost, M. Carnot, conseillers maîtres en service extraordinaire.

Ont été entendus :

- en sa présentation, M. Morin, président de la chambre chargée des travaux sur lesquels le rapport est fondé et la préparation du rapport ;
- en son rapport, Mme Pappalardo, rapporteure générale, rapporteure du projet devant la chambre du conseil, assistée de M. Viola, conseiller maître, rapporteur général, et de M. Imberti, auditeur, rapporteur général adjoint de ce rapport devant la chambre chargée de le préparer ;
- en ses conclusions, sans avoir pris part au délibéré, Mme Hirsch de Kersauson, Procureure générale, accompagnée de M. Ferriol, avocat général.

M. Lefort, secrétaire général, assurait le secrétariat de la chambre du conseil.

Fait à la Cour, le 3 octobre 2019.

Synthèse

En 2018, les régimes obligatoires de base de sécurité sociale ont versé 478,7 Md€ de prestations sociales, soit l'équivalent de 20,9 % du produit intérieur brut (PIB), dont 199 Md€ pour la maladie, 10,3 Md€ pour les accidents du travail et maladies professionnelles, 37 Md€ pour les prestations familiales et 232,4 Md€ au titre des retraites.

Depuis le début des années 1990, la sécurité sociale connaît un déficit permanent, brièvement interrompu en 2000-2001. Sur le long terme, elle est confrontée à des enjeux de soutenabilité financière, liés à une croissance durablement affaiblie, 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.

Poursuivant la réduction du déficit initiée en 2011, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 avait prévu un retour de la sécurité sociale à l'équilibre à partir de 2019. Toutefois, à peine quelques mois plus tard, cette perspective est remise en cause. Le déficit de la sécurité sociale augmentera à nouveau cette année.

Compte tenu du niveau atteint par les prélèvements obligatoires, un retour pérenne de la sécurité sociale à l'équilibre financier 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 spontanée des prélèvements sociaux.

Dans ses rapports annuels sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour met en évidence des marges de redressement des comptes sociaux. Dernièrement, elle a ainsi souligné les gains d'efficience potentiels liés aux modalités de fixation des prix des médicaments et à l'organisation des activités de chirurgie (RALFSS 2017), ainsi qu'au virage ambulatoire du système de santé, en ville et à l'hôpital, à la prévention et à la prise en charge des maladies cardio-neurovasculaires et à l'organisation des soins visuels (RALFSS 2018).

Dans ce rapport, la Cour souligne d'autres leviers à mobiliser afin d'assurer le retour de la sécurité sociale à un équilibre financier durable, qu'il s'agisse du recours aux prestations qui procurent des revenus de remplacement aux revenus d'activité, de l'efficience de notre système de santé, du paiement à bon droit des prestations ou du développement des usages du numérique dans la relation des assurés avec la sécurité sociale.

Assurer un retour pérenne à l'équilibre financier de la sécurité sociale

Un quasi-équilibre de la sécurité sociale en 2018

Les régimes de base de sécurité sociale et le fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui finance une partie des dépenses non contributives de retraite, connaissaient un lourd déficit en 2008 (8,9 Md€). La récession économique de 2009 l'a porté à un montant inédit de 29,6 Md€ en 2010.

À partir de 2011, la réduction des déficits a été engagée. Le redressement des comptes sociaux a été assuré par des efforts réels de maîtrise des dépenses : réduction de la hausse des dépenses d'assurance maladie dans le cadre de l'objectif national annuel (ONDAM), réformes des retraites de 2010 et de 2014, réforme des allocations familiales et de la prestation d'accueil du jeune enfant. En outre, la sécurité sociale a bénéficié d'importantes mesures d'augmentation des recettes jusqu'en 2014 et, à partir de 2015, des effets favorables de la reprise de la croissance et de l'emploi sur l'évolution spontanée des recettes.

La poursuite de cette trajectoire en 2018 a permis aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale et au FSV d'atteindre pratiquement l'équilibre. En 2018, leur déficit s'est ainsi élevé à 1,4 Md€, contre 4,8 Md€ en 2017.

Pris ensemble, le régime général et le FSV, qui constituent la principale composante de la sécurité sociale, ont enregistré en 2018 un déficit de 1,2 Md€, contre 5,1 Md€ en 2017.

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).

Au lieu d'un retour à l'équilibre, la remontée des déficits en 2019

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 avait prévu un retour du régime général et du FSV à l'équilibre financier en 2019, pour la première fois depuis 2001, avec un léger excédent (0,1 Md€).

Entre 2020 et 2022, le régime général et le FSV devaient accumuler de manière tendancielle des excédents croissants (près de 11 Md€ à l'horizon 2022), permettant de conjuguer : un équilibre financier pérenne ; la rétrocession à l'État de 5 Md€ de recettes de TVA ; un transfert de 5 Md€ de recettes de CSG à la caisse d'amortissement de la dette sociale

(CADES), afin de permettre à cet organisme de reprendre 15 Md€ de dette sociale financée par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) par des emprunts à court terme. Le solde de la dette portée par l'ACOSS (soit 8 Md€ environ) devait être apuré par les excédents ultérieurs du régime général.

À peine quelques mois plus tard, ce scénario est désormais caduc.

Selon le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2020, le déficit du régime général et du FSV, au lieu de disparaître, augmenterait pour atteindre 5,4 Md€ en 2019, soit un écart de **5,5 Md€** par rapport à la prévision de la LFSS 2019. En 2020, le déficit s'élèverait encore à 5,1 Md€. C'est seulement en 2023 que le régime général et le FSV reviendraient à l'équilibre, avec un léger excédent (0,1 Md€).

Le recul de quatre ans, entre la LFSS 2019 et le PLFSS 2020, de l'année du retour à l'équilibre financier de la sécurité sociale intervient dans un contexte économique qui reste favorable.

Deux facteurs, d'égale importance sur le plan financier, expliquent l'écart de **5,5 Md€** de la prévision de solde du régime général et du FSV dans le PLFSS 2020 par rapport à 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 partie des retraites et avancement au 1er 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 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 pour 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 %).

Une dette sociale à l'ACOSS en forte hausse et sans perspective d'amortissement

Compte tenu de la dégradation de la situation financière du régime général et du FSV, les projets de lois financières pour 2020 reviennent sur la rétrocession de recettes de TVA à l'État et le transfert de recettes de CSG à la CADES.

S'agissant de la dette sociale transférée à la **CADES** et restant à amortir par cet organisme (89,3 Md€ en prévision fin 2019), il n'y aurait pas de changement par rapport au calendrier prévu. Celle-ci devrait en effet s'éteindre courant 2024. Les déficits passés qui en sont à l'origine occasionnent toutefois une charge élevée, malgré la faiblesse des taux d'intérêt : en vue de rembourser la dette et d'en régler les intérêts, les ménages supportent des prélèvements sociaux représentant l'équivalent de 0,7 % du PIB (15,6 Md€ de CSG et de CRDS en 2018) ; en outre, 2,1 Md€ sont prélevés chaque année sur les réserves du Fonds de réserve pour les retraites entre 2011 et 2024.

En revanche, du fait de l'accumulation de nouveaux déficits, la dette sociale qui reste portée par **l'ACOSS** pourrait atteindre, d'après les prévisions de solde du régime général et du FSV pour les années 2019 à 2022 contenues dans le PLFSS 2020, près de 46 Md€ fin 2022, contre près de 24 Md€ fin 2018. À ce jour, les modalités d'apurement de cette dette restent à définir.

Un rythme de progression des dépenses à inscrire durablement au niveau ou en deçà de la croissance potentielle du PIB

Une nouvelle trajectoire pluriannuelle doit donc être définie afin de permettre à la sécurité sociale de renouer au plus tôt avec un équilibre pérenne, sans toutefois relever les prélèvements sociaux.

À ce titre, un retour durable à l'équilibre de la sécurité sociale suppose des mesures d'économies structurelles à même de ramener durablement le rythme de progression de ses dépenses au niveau ou en deçà de la croissance potentielle du PIB, c'est-à-dire de la croissance anticipée sur le moyen terme, hors incidence des variations futures de la conjoncture économique. Or, malgré les efforts de maîtrise des dépenses déployés ces dernières années, leur augmentation a dépassé la croissance potentielle du PIB en 2018.

Deux domaines présentent des enjeux particuliers pour le retour de la sécurité sociale à l'équilibre : les retraites et l'assurance maladie.

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 point de PIB. Les dépenses rapportées au PIB resteraient stables ou croîtraient légèrement, tandis que l'évolution spontanée des recettes serait moins dynamique.

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 la tenue de l'objectif ne s'accompagne pas d'une remontée des déficits hospitaliers. Ces derniers ont en effet connu un quasi-doublement en 2017 (865 M€ contre 461 M€ en 2016), sans que leur réduction en 2018 (660 M€ selon des données provisoires) permette un retour à leur niveau antérieur.

Dans les différents chapitres de ce rapport, la Cour émet des recommandations visant à maîtriser plus efficacement les dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie et les revenus de remplacement versés par cette dernière et par l'assurance vieillesse.

Encadrer plus étroitement les « niches sociales »

Si la maîtrise des dépenses a un caractère prioritaire, les dispositifs d'assujettissement aux prélèvements sociaux qui dérogent au droit commun appellent l'attention.

Ces dispositifs, couramment désignés sous le terme de « niches sociales », ont pour objet de soutenir l'emploi et certaines formes de rémunération des salariés. Pour l'essentiel, les pertes de recettes qu'ils entraînent pour la sécurité sociale sont compensées par l'État.

D'après l'annexe 5 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, le montant des « niches sociales » atteindrait 66 Md€ en 2019, contre 34 Md€ en 2013.

Cette hausse résulte principalement de l'extension des allègements généraux de cotisations et de la transformation du crédit d'impôt compétitivité emploi en de nouveaux allègements généraux, tandis que le coût des exonérations ciblées en faveur de certains secteurs d'activité, zones géographiques ou publics particuliers n'a pas diminué.

Il convient d'évaluer, selon des méthodologies robustes, l'efficacité des « niches sociales » au regard de leurs objectifs affichés et d'en tirer pour conséquence le maintien, la réduction, la clôture à de nouveaux bénéficiaires ou la suppression des dispositifs concernés. Dans l'attente de ces évaluations, le coût des « niches » devrait être maîtrisé en gelant les paramètres de calcul ou le montant maximal de ces avantages.

Les revenus de remplacement : une soutenabilité et une équité à mieux assurer

Sous l'effet notamment des réformes des retraites successives, certains revenus de remplacement versés par la sécurité sociale ont vu leurs dépenses croître à un rythme particulièrement rapide au cours de la période récente : les indemnités journalières, les pensions d'invalidité et les dépenses supplémentaires de retraite liées à des départs anticipés.

Les dépenses liées à ces revenus de remplacement doivent être observées conjointement : les restrictions apportées aux conditions d'accès à un dispositif sont susceptibles d'entraîner le report d'une partie de ses bénéficiaires vers les autres. La maîtrise de ces dépenses comporte un enjeu commun : le maintien ou le retour dans l'emploi de salariés dont l'état de santé se trouve parfois affaibli.

Les indemnités journalières : une nécessaire maîtrise des arrêts maladie

Les indemnités journalières (14,5 Md€ tous régimes de sécurité sociale confondus en 2017) constituent l'une des dépenses les plus dynamiques de l'ONDAM, auquel elles sont intégrées pour ce qui concerne les risques maladie et accidents du travail - maladies professionnelles.

Sous l'effet de l'allongement de la durée moyenne des arrêts de travail qui en sont à l'origine, la croissance des dépenses d'indemnités pour maladie (8 Md€ tous régimes confondus en 2017 ; +4,2 % en moyenne entre 2013 et 2017 au régime général) dépasse celle de la masse salariale qui constitue la base du calcul des indemnités et la principale assiette du financement de la sécurité sociale. En 2017, au régime général, les arrêts maladie de 30 jours au plus ont représenté 74,6 % du total des arrêts et 17,6 % des dépenses ; à l'opposé, les 3 % d'arrêts de plus d'un an ont suscité 24 % des dépenses.

Cet allongement de la durée moyenne des arrêts de travail pour maladie concerne la plupart des classes d'âge et pas seulement les salariés les plus âgés. De fortes disparités quant au recours aux arrêts de travail peuvent être observées entre secteurs d'activité et zones géographiques.

À cet égard, les mécanismes en vigueur de responsabilisation des assurés (jours de carence) et des employeurs (co-paiement des indemnités jusqu'à 90 jours), les contrôles des assurés par l'assurance maladie et les actions de celle-ci qui visent à inciter les médecins fortement prescripteurs

à faire évoluer leurs pratiques ont été déployés avec bien peu de volontarisme et se sont révélés peu efficaces.

Ce constat plaide en faveur d'une responsabilisation accrue des acteurs de la dépense : les médecins prescripteurs, les assurés et les entreprises, dont les conditions et relations de travail jouent un rôle important dans la demande d'arrêts de travail. Sans préjudice d'autres mesures, l'intégration de durées repères à l'aide à la prescription en ligne des médecins et l'instauration d'un jour de carence d'ordre public pour les salariés, comme pour les fonctionnaires, pourraient y contribuer.

Un autre enjeu important concerne le paiement à bon droit des indemnités. En effet, l'assurance maladie verse des dépenses injustifiées du fait d'erreurs dans l'attribution et le calcul des indemnités. En outre, l'articulation imparfaitement assurée des interventions de ses services médical et administratif permet l'allongement anormal de la durée de versement de certaines indemnités.

Les pensions d'invalidité : un « angle mort » de notre système de protection sociale à moderniser

Les pensions d'invalidité (6,2 Md€ versés à plus de 677 000 bénéficiaires pour le régime général en 2018) désignent les prestations servies aux assurés dont la capacité de travail est réduite de façon permanente sans que cette réduction ait une origine professionnelle, tout au moins de manière avérée. Ces dépenses ont fortement augmenté au cours de la période récente (+4,9 % par an en moyenne depuis 2011). Cette évolution traduit notamment le recul de l'âge légal de départ à la retraite de 60 à 62 ans, qui a entraîné une hausse de 20 à 25 % des effectifs de pensionnés.

Afin de garantir l'équité de traitement des assurés, l'assurance maladie devrait déployer un référentiel national de reconnaissance de l'invalidité, appliqué par l'ensemble de ses médecins conseils.

Les personnes invalides devraient être mieux incitées et accompagnées à demeurer dans l'emploi ou à accroître leur activité quand elles sont en mesure de le faire. Ainsi, les pensions versées aux personnes considérées comme étant en mesure d'exercer une activité professionnelle (soit 161 000 assurés au régime général en 2017), devraient l'être pour une durée limitée, fonction de leur âge et de leur état de santé, et renouvelable. En outre, le plafonnement en vigueur du cumul des pensions et des revenus professionnels en fonction des revenus professionnels précédant immédiatement la mise en invalidité devrait laisser place à une réduction plus progressive des pensions à mesure de l'augmentation des revenus professionnels, afin de ne plus pénaliser les reprises ou hausses d'activité des salariés dont les revenus ou l'activité antérieurs étaient réduits.

Par ailleurs, l'assurance maladie réduit ou suspend les pensions d'invalidité en fonction de déclarations périodiques par les titulaires des pensions de leurs revenus professionnels ou leurs ressources. Ces déclarations donnent lieu à des vérifications ponctuelles. Afin d'assurer le paiement à bon droit des prestations, elles devraient être croisées à l'avenir avec les données de la base des ressources mensuelles, en cours de mise en place dans le cadre de la réforme des aides au logement.

Des dispositifs de départ anticipé à la retraite coûteux et inégalement justifiés

Une partie des assurés partent de manière anticipée à la retraite à taux plein, soit avant l'âge légal d'ouverture des droits, soit à l'âge légal mais sans avoir satisfait la condition de durée d'assurance.

En 2016, ces départs ont engendré 13,9 Md€ de dépenses supplémentaires, soit 5,2 % des dépenses de retraite de droit propre, principalement au titre des carrières longues (6,1 Md€), des catégories actives dans la fonction publique (2,8 Md€) et de l'inaptitude substituée ou non à l'invalidité (1,7 Md€).

En 2017, près d'un départ à la retraite sur deux est intervenu à taux plein, soit avant l'âge légal, soit à l'âge légal mais sans réunir la durée d'assurance, contre un sur trois en 2012, sous l'effet principalement des assouplissements apportés en 2012 au dispositif des carrières longues.

Après une vive augmentation, le flux des départs anticipés à la retraite au titre des carrières longues se réduit depuis 2018. Alors que les prévisions financières du Conseil d'orientation des retraites (COR) font apparaître un déficit du système de retraite à l'horizon 2030, les conditions d'accès à ce dispositif devraient être stabilisées de manière durable. Les métiers et fonctions relevant des catégories actives devraient par ailleurs continuer à être réexaminés. L'espérance de vie moyenne des bénéficiaires des carrières longues et des catégories actives n'est pas inférieure à celle des autres retraités.

Au-delà, les transitions progressives de l'emploi vers la retraite, plutôt que des ruptures définitives d'activité à un âge donné, devraient être privilégiées dans le cadre des évolutions futures du système de retraite.

Améliorer l'efficience de notre système de santé

Selon les domaines, la maîtrise des dépenses d'assurance maladie suppose une responsabilisation accrue des acteurs du système de santé, des adaptations de l'organisation territoriale de l'offre de soins, des révisions de tarifs en fonction de baisses observables des coûts de revient ou une meilleure prise en compte des techniques médicales les plus efficaces.

Les marges d'efficience de notre système de santé peuvent être observées dans la plupart des domaines, quelle qu'en soit la taille financière. Cette année, la Cour les illustre dans quatre domaines distincts.

Réguler plus efficacement les dépenses de transport

Le transport programmé dans le secteur sanitaire constitue l'un des postes de dépenses les plus dynamiques de l'assurance maladie (+4,1 % par an en moyenne entre 2011 et 2017 pour le régime général). Par rapport aux autres soins de ville, ces dépenses (5 Md€ en 2017) ont pour particularité d'être majoritairement prescrites par les établissements de santé (à plus de 60 %).

Les dépenses de transport sont socialisées à plus de 90 % par l'assurance maladie. Leur montant moyen par habitant est nettement plus élevé que dans plusieurs pays voisins et présente des disparités marquées entre les territoires, que les caractéristiques géographiques et démographiques de ces derniers sont loin d'expliquer.

Les dépenses de transport du secteur sanitaire ne sont pas effectivement régulées. Les quotas de véhicules couvrent les ambulances et les véhicules sanitaires légers, mais pas les taxis et sont en tout état de cause inappliqués. Les évolutions tarifaires sont insuffisamment maîtrisées. Les démarches de responsabilisation des prescripteurs ont des effets limités. Les irrégularités, sinon les fraudes, sont répandues.

Il convient de recentrer les dépenses sur leur objet médical en conditionnant au plan légal leur prescription aux seules déficiences et incapacités des assurés. En complément à cette mesure, une part accrue des franchises de remboursement par l'assurance maladie pourrait être laissée à la charge des assurés afin de mieux responsabiliser ces derniers.

Au-delà, un levier déterminant de maîtrise des dépenses devrait être actionné : le transfert au budget des établissements de santé de l'ensemble des dépenses liées à leurs prescriptions et la mise en concurrence par les établissements de santé des transporteurs en fonction de critères de coût, mais aussi de qualité, dont le suivi est aujourd'hui déficient. À l'heure actuelle, la prise en charge des dépenses de transport par les établissements sur leur budget concerne les seuls trajets entre sites ou établissements.

Pour leur part, la plupart des établissements médico-sociaux prennent en charge sur leur budget les dépenses de transport (plus de 1 Md€ de dépenses en 2017). Tandis que les dépenses de transport du secteur sanitaire ne sont pas toujours justifiées, les financements attribués à celles de transport médico-social apparaissent pour partie insuffisants, au détriment des conditions de transport d'une partie des personnes handicapées. Un rééquilibrage des financements publics du secteur sanitaire vers le secteur médico-social serait ainsi justifié.

Définir le rôle des actes et consultations externes à l'hôpital dans l'offre de soins

Les actes et consultations externes (ACE, soit 4,2 Md€ de dépenses d'assurance maladie en 2017) sont effectués à l'hôpital. Ils se distinguent de la médecine ambulatoire à l'hôpital par l'absence de séjour hospitalier, même de jour, et une tarification similaire à celle des actes en ville. Une partie des ACE préparent une hospitalisation à un terme plus ou moins éloigné.

Cette activité est à l'origine de dépenses nettement plus dynamiques (+4,8 % par an en moyenne entre 2013 et 2017) que celles de l'ONDAM hospitalier comme des dépenses de consultations médicales en ville. Elle reste néanmoins insuffisamment connue et gérée par le ministère de la santé et par les établissements eux-mêmes, malgré certains progrès.

Les ACE peuvent améliorer l'accès aux soins, notamment quand l'offre libérale est insuffisante. Quand celle-ci est abondante et accessible sur le plan financier pour les patients, l'offre de soins de ville à l'hôpital apparaît moins utile. Alors qu'ils en ont été tenus largement à l'écart, les ACE devraient ainsi être systématiquement intégrés à la définition des orientations publiques relatives à l'organisation territoriale des soins.

Développer les greffes d'organes

La transplantation est souvent l'ultime recours en cas de défaillance sévère et irréversible d'un organe. Comparativement à d'autres traitements, elle peut constituer la solution la plus bénéfique pour le patient comme la moins coûteuse pour la collectivité. C'est le cas par rapport à la dialyse pour les patients atteints d'une insuffisance rénale chronique terminale.

Si la France est bien placée au niveau international quant au nombre de greffes (5 781 en 2018), dont plus de 60 % concernent le rein, l'offre de greffons reste insuffisante. De ce fait, la liste des patients en attente d'une greffe s'allonge (plus de 16 000 début 2018). De plus, de manière conjoncturelle ou plus durable, le nombre de greffes a baissé en 2018.

Afin d'augmenter le nombre de prélèvements, les professionnels de santé devraient être davantage sensibilisés au signalement des sujets sur lesquels ils pourraient être effectués. En outre, les pratiques des équipes de prélèvement dans l'échange avec les proches du défunt devraient être rendues plus homogènes afin de prévenir des oppositions. Par ailleurs, la réalisation des objectifs du plan « greffes » en matière de dons de reins par des personnes vivantes, peu développés dans notre pays, nécessite de sensibiliser plus fortement les proches de personnes affectées par une maladie rénale chronique.

L'efficience de l'activité de transplantation d'organes, qui bénéficie de financements conséquents de l'assurance maladie (près de 340 M€ pour les dépenses d'hospitalisation en 2017), pourrait elle-même être renforcée par l'instauration de seuils minimaux d'activité par site géographique. Afin de consolider la chaîne de la greffe, qui présente certaines fragilités, un plan de sécurisation des pratiques des équipes de transplantation et des données médicales des patients greffés apparaît par ailleurs nécessaire.

Renforcer l'efficience de l'assistance médicale à la procréation

L'assistance médicale à la procréation, souvent désignée sous le terme de procréation médicalement assistée (PMA), a connu une forte progression au cours des dernières années (3 % des naissances en 2016 contre 2 % en 2002). Indépendamment de la révision en cours de la loi relative à la bioéthique, sa part dans l'ensemble des naissances va continuer à croître sous l'effet de la hausse tendancielle de l'âge moyen de la procréation.

Le taux de succès des tentatives de fécondation *in vitro* se situe dans la moyenne européenne et présente d'importantes disparités entre centres clinico-biologiques. Contrairement à la plupart des pays voisins, l'insémination est encore très largement proposée en traitement de première intention. Si le coût moyen d'une tentative d'insémination est moins élevé que celui d'une FIV, les naissances obtenues suivant cette technique sont moins fréquentes.

L'efficacité des techniques utilisées appelle ainsi une attention accrue. À ce titre, il convient de réexaminer l'intérêt de l'insémination artificielle dans le traitement de l'infertilité et d'actualiser la nomenclature des actes remboursables afin d'adapter les financements de l'assurance maladie (près de 300 M€ en 2016) au coût des nouvelles techniques. Par ailleurs, le public devrait être mieux informé des résultats, en termes de naissances par tentative de PMA, des centres clinico-biologiques et des laboratoires d'insémination artificielle.

Amplifier la transformation de la relation de service des caisses de sécurité sociale avec les assurés

Les considérations d'efficience ne s'appliquent pas uniquement à l'organisation du système de santé mais concernent aussi le fonctionnement des organismes de sécurité sociale eux-mêmes.

À cet égard, le développement de l'administration numérique a profondément transformé les relations des assurés avec les caisses de sécurité sociale. Qu'il s'agisse de demandes de prestations, de déclarations périodiques de ressources, de signalements de changements d'adresse ou

de coordonnées bancaires, les assurés peuvent effectuer de plus en plus de démarches en ligne, sans écrire ni se rendre à des guichets.

Par ailleurs, les caisses de sécurité sociale ont réalisé des gains de productivité, du fait notamment de la redéfinition de l'accueil physique (remplacement de l'accueil au guichet par des espaces en libre-service et un accueil sur rendez-vous) et d'une baisse du nombre d'appels téléphoniques.

Néanmoins, de nombreuses démarches ne peuvent encore être effectuées en ligne. Les obligations déclaratives à la charge des assurés restent nombreuses, y compris au titre d'informations déjà détenues par d'autres administrations. Les modes de contact traditionnels (visites, appels téléphoniques et courriers) demeurent largement utilisés. La qualité de service reste perfectible, s'agissant notamment des appels téléphoniques (temps d'attente et qualité de la réponse) et des courriels (délai de réponse).

Ainsi, il convient de poursuivre la dématérialisation des démarches des assurés. En outre, les données relatives aux assurés acquises par les administrations devraient être plus largement mutualisées entre elles - en particulier par l'exploitation de celles relatives aux ressources, rassemblées dans la base des ressources mensuelles - afin de réduire les obligations déclaratives des assurés, le non-recours aux droits et les erreurs dans l'attribution et le calcul des prestations. Par ailleurs, les caisses de sécurité sociale devraient renforcer l'accompagnement des assurés dans l'utilisation des outils numériques qu'elles mettent à leur disposition. Enfin, les modes traditionnels de contact devraient être rendus plus efficients, en spécialisant davantage les accueils physiques en fonction des besoins des assurés, en développant les rendez-vous à distance (téléphone, web-rendez-vous) et en améliorant la qualité de la réponse téléphonique.

⁂

Alors que la sécurité sociale était sur le point de revenir à l'équilibre financier, pour la première fois depuis 2001, cette perspective s'est éloignée. Ce retour n'interviendrait pas avant 2023.

Il convient d'accélérer le retour à l'équilibre de la sécurité sociale, en visant un équilibre structurel, indépendant des effets de la conjoncture économique, qui préserve notre système de protection sociale au bénéfice des générations futures. À cette fin, les efforts de maîtrise des dépenses doivent être amplifiés. En outre, un schéma d'extinction de la partie de la dette sociale aujourd'hui sans perspective de remboursement doit être défini.

Rendre plus sélectif le recours aux revenus de remplacement versés par l'assurance maladie et l'assurance 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 à cette fin.

C'est dans cette perspective que s'inscrivent les analyses et recommandations qui suivent.

Première partie

Assurer un retour pérenne à l'équilibre financier de la sécurité sociale

Chapitre I

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

PRÉSENTATION

En juin 2019[1], la Cour a présenté les résultats financiers de la sécurité sociale en 2018. Le présent chapitre analyse les perspectives financières de la sécurité sociale en 2019 et au cours des années suivantes.

En 2018, le déficit du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui constituent la principale composante de la sécurité sociale, a continué à se réduire, passant de 5,1 Md€ en 2017 à 1,2 Md€[2].

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 prévoyait pour cette même année un retour à l'équilibre financier du régime général et du FSV, pour la première fois depuis 2001, avec un léger excédent (0,1 Md€). Au cours des années suivantes, le régime général et le FSV devaient dégager des excédents tendanciellement croissants, permettant à la fois de rester à l'équilibre, de rétrocéder des recettes fiscales à l'État et de rembourser en grande partie la dette sociale financée par des emprunts de trésorerie de court terme émis par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

Selon le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, le déficit du régime général et du FSV, loin de disparaître, augmenterait fortement pour atteindre 5,4 Md€ en 2019. En 2020, il s'élèverait encore à 5,1 Md€. Le retour du régime général et du FSV à l'équilibre n'interviendrait pas avant 2023. D'ici là, la dette sociale à l'ACOSS continuerait à s'accroître, sans qu'une solution d'amortissement soit à ce jour définie.

Ce premier chapitre examine la dégradation de la trajectoire financière pluriannuelle de la sécurité sociale depuis la LFSS 2019. En 2019, au lieu de revenir à l'équilibre, le solde du régime général et du FSV se détériorerait fortement par rapport à 2018, sous l'effet du coût des mesures d'urgence de la fin 2018, mais aussi d'autres facteurs en recettes et en dépenses (I). Alors que la sécurité sociale ne reviendrait pas à l'équilibre avant 2023, des mesures correctrices sont nécessaires afin d'assurer un équilibre durable et l'extinction de la dette sociale (II).

---

[1] Cour des comptes, *La situation financière de la sécurité sociale en 2018 : un solde proche de l'équilibre, des efforts de maîtrise des dépenses à poursuivre*. La Documentation française, juin 2019, 60 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

[2] À la suite du présent chapitre, sont présentés, en application des dispositions de l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, les avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial de la sécurité sociale pour l'exercice 2018, qui seront soumis à l'approbation du Parlement dans le PLFSS 2020.

I - Un déficit du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse en forte hausse en 2019

A - Une nette détérioration du déficit attendue en 2019

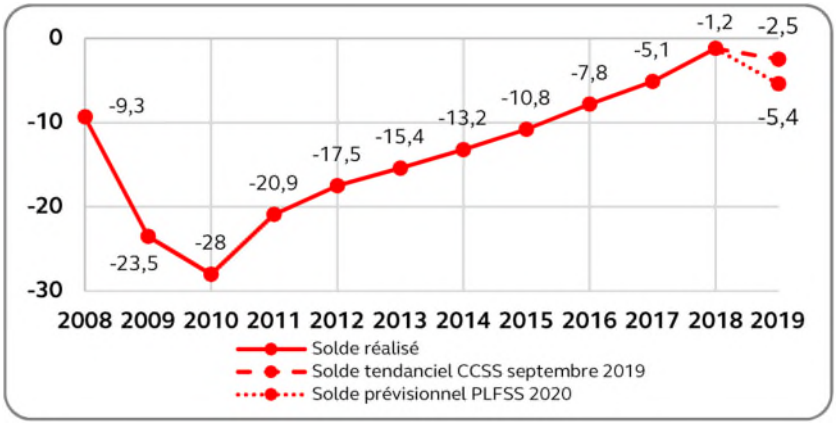
Alors que la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 prévoyait un retour à l'équilibre, le déficit du régime général et du FSV repartirait à la hausse en 2019. Cette évolution romprait avec la trajectoire de réduction continue du déficit depuis 2011.

Selon le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2020, le déficit du régime général et du FSV s'établirait en 2019 à 5,4 Md€, après 1,2 Md€ en 2018 (graphique n° 1).

Ce déficit est plus élevé que celui qui figure dans la prévision tendancielle de la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de septembre 2019 (2,5 Md€). À titre principal, cet écart traduit la reprise par cette prévision de l'hypothèse conventionnelle de la CCSS de juin 2019, selon laquelle les pertes de recettes de la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales (MUES) du 24 décembre 2018, adoptée après la LFSS 2019, seraient compensées à la sécurité sociale. Le PLFSS 2020 prévoit toutefois la non-compensation de ces mesures d'urgence (à hauteur de 2,7 Md€).

Le déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale évoluerait de façon comparable, puisqu'il s'élèverait, d'après le PLFSS 2020, à 5,5 Md€ en 2019 contre 1,4 Md€ en 2018.

Graphique n° 1 : 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.

1 - En 2018, un solde qui s'est rapproché de l'équilibre grâce à l'évolution favorable des recettes[3]

En 2018, le déficit du régime général et du FSV s'est réduit à 1,2 Md€, après 5,1 Md€ en 2017. En baisse régulière depuis 2011, il a ainsi atteint un niveau proche de l'équilibre.

Cette nouvelle réduction du déficit en 2018 résulte au moins pour moitié du dynamisme spontané des recettes. Ces dernières ont connu une croissance spontanée supérieure à celle du PIB en valeur (+3 % contre +2,5 %), du fait pour l'essentiel de la forte progression de la masse salariale (+3,5 %), sur laquelle reposent la plupart des prélèvements affectés au financement de la sécurité sociale. En outre, les prélèvements sur les revenus du capital ont fortement augmenté, en lien avec l'instauration du prélèvement forfaitaire unique (PFU) au 1er janvier 2018.

Les recettes ont également bénéficié d'un effet positif des mesures nouvelles, à hauteur de 1,6 Md€, dont 0,9 Md€ lié à la hausse des droits de consommation sur le tabac.

À cet égard, le dynamisme des recettes a plus que compensé l'accélération des dépenses, en progression de 2,4 % en 2018 contre 2 % en 2017 à champ constant. En effet, si les dépenses de l'ONDAM ont crû au même rythme en 2018 qu'en 2017 (+2,2 %), les dépenses d'assurance vieillesse ont progressé plus fortement, portées par l'effet en année pleine de la revalorisation des pensions intervenue en cours d'année 2017 et par un accroissement plus prononcé des effectifs de retraités.

Malgré les limites propres à l'analyse de soldes structurels[4] de sous-secteurs d'administrations publiques, d'après l'estimation de la Cour, le déficit du régime général et du FSV en 2018 avait pour l'essentiel un caractère structurel, à hauteur de 1 Md€ environ.

---

[3] Pour des éléments d'analyse plus détaillés, voir Cour des comptes, *La situation financière de la sécurité sociale en 2018 : un solde proche de l'équilibre, des efforts de maîtrise des dépenses à poursuivre*. La Documentation française, juin 2019, 60 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

[4] C'est-à-dire de soldes effectifs ajustés des effets du cycle économique et des mesures exceptionnelles et temporaires.

2 - En 2019, une rupture avec la trajectoire de retour à l'équilibre

La LFSS 2019 prévoyait la poursuite du redressement du solde du régime général et du FSV, conduisant à un retour à l'équilibre en 2019, pour la première fois depuis 2001.

Au lieu d'un léger excédent (0,1 Md€), le solde du régime général et du FSV devrait en réalité se dégrader fortement en 2019, pour la première fois depuis 2011, en rupture avec la trajectoire de réduction continue du déficit jusque-là observée.

D'après les prévisions du PLFSS 2020, le solde du régime général et du FSV s'établirait en effet à -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 (tableau n° 1).

Tableau n° 1 : soldes 2019 du régime général et du FSV (LFSS 2019 et PLFSS 2020, en Md€)

	2018 (1)	2019 LFSS 2019 (2)	2019 PLFSS 2020 (3)	2019 Écart à la LFSS (3)-(2)	Variation 2019/2018 (3)-(1)
Maladie	-0,7	-0,7	-3,0	-2,3	-2,3
AT-MP	0,7	1,1	1,1	0,0	0,5
Famille	0,5	1,1	0,8	-0,3	0,4
Vieillesse	0,2	0,6	-2,1	-2,7	-2,2
Régime général	**0,5**	**2,1**	**-3,1**	**-5,2**	**-3,6**
FSV	-1,8	-2	-2,3	-0,3	-0,5
Vieillesse + FSV	-1,6	-1,4	-4,3	-2,9	-2,7
RG+FSV	**-1,2**	**0,1**	**-5,4**	**-5,5**	**-4,2**

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

En 2019, les recettes connaîtraient une faible augmentation (+1,4 % contre +2,5 % dans la LFSS 2019 et après +3,4 % en 2018), nettement inférieure à celle des dépenses, qui s'accélèrent (+2,5 %, après +2,4 % en 2018, contre +2,1 % dans la LFSS 2019).

La dégradation de 5,5 Md€ du solde prévisionnel 2019 dans le PLFSS 2020 par rapport à la LFSS 2019 a deux causes essentielles, d'égale importance sur un plan financier.

En premier lieu, les mesures de la loi portant mesures d'urgence (MUES, adoptée après la LFSS 2019) du 24 décembre 2018 se sont traduites par 2,7 Md€ de pertes de recettes pour le régime général et le FSV,

en l'absence de compensation par l'État[5]. Ces pertes de recettes correspondent à la réintroduction d'un taux de CSG de 6,6 % sur les pensions de retraite des ménages dont le revenu est inférieur à certains seuils[6] (-1,5 Md€) et à l'avancement au 1er janvier 2019 de l'exonération des cotisations salariales des heures supplémentaires initialement prévue au 1er septembre par la LFSS 2019 (-1,2 Md€).

Indépendamment du coût de ces mesures, les recettes et les dépenses actualisées dans le PLFSS 2020 comportent des écarts significatifs par rapport aux prévisions de la LFSS 2019.

Ainsi, les hypothèses économiques pour 2019 retenues dans le PLFSS 2020[7] sont moins favorables que celles prises en compte lors de l'élaboration de la LFSS 2019. À elle seule, la révision de la prévision de croissance de la masse salariale soumise à cotisations sociales (+3 %[8] contre +3,5 %) entraîne 1 Md€ de moindres recettes entre la LFSS 2019 et la prévision actualisée relative à 2019 dans le PLFSS 2020 (tableau n° 2).

Tableau n° 2 : principales hypothèses économiques 2018 et 2019

	2018	2019 LFSS 2019	2019 PLFSS 2020
Taux d'évolution de la masse salariale en valeur	+3,5 %	+3,5 %	+3,0 %
Taux d'évolution de l'indice des prix hors tabac	+1,6 %	+1,3 %	+1,0 %
Taux d'évolution du PIB en volume	+1,7 %	+1,7 %	+1,4 %

Sources : LFSS 2019, rapport de la CCSS de septembre 2019 et PLFSS 2020.

De plus, alors que la LFSS 2019 retenait une hausse prévisionnelle des dépenses de 2,1 % en 2019, à champ constant par rapport à 2018, les dépenses augmenteraient de 2,5 % d'après la prévision du PLFSS 2020,

[5] Ces deux mesures de perte de recettes font l'objet de dispositions expresses de dérogation au principe de compensation de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, pour la première dans le PLFSS 2020, pour la seconde dans la LFSS 2019.

[6] Par exemple, dans le cas d'une personne seule, un revenu fiscal de référence inférieur ou égal à 22 579 euros par an.

[7] Ces hypothèses sont considérées par le Haut Conseil des finances publiques (HCFP) comme « atteignables » pour la prévision de croissance et « cohérentes avec les informations disponibles » pour les prévisions d'inflation et de masse salariale (cf. avis n°HCFP-2019-3 du 23 septembre 2019 relatif aux projets de lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour l'année 2020).

[8] La prévision de croissance de la masse salariale totale, y compris la part non soumise à cotisations sociales, est quant à elle de +3,3 %.

contre 2,4 % en 2018. Il en résulte 1,4 Md€ de dépenses supplémentaires par rapport à la LFSS 2019.

B - Une progression amoindrie des recettes, un nouveau recul des cotisations dans le financement de la sécurité sociale

La LFSS 2019 prévoyait une progression des recettes du régime général et du FSV de 2,5 % en 2019, en recul par rapport à celle de 2018 (+3,4 %). Selon la prévision du PLFSS 2020 pour 2019, l'augmentation des recettes par rapport à 2018 serait nettement plus faible, de 1,4 % (tableau n° 3).

Tableau n° 3 : recettes 2019 du régime général et du FSV (LFSS 2019 et PLFSS 2020, en Md€)

	2018 (1)	Variation 2018/2017*	2019 LFSS 2019	2019 PLFSS 2020 (2)	Variation 2019/2018 (2)/(1)
Maladie	210,8	+4,5 %	215,7	214,3	+1,6 %
AT-MP	12,7	-1,2 %	13,3	13,2	+3,7 %
Famille	50,4	+1,3 %	51,4	51,1	+1,3 %
Vieillesse	133,8	+1,6 %	137,5	135,5	+1,3 %
Régime général	**394,6**	**+3,1 %**	**404,8**	**400,9**	**+1,6 %**
FSV	17,2	+3,6%	16,5	16,6	-3,7 %
Total RG+FSV	**394,6**	**+3,4 %**	**404,4**	**400,2**	**+1,4 %**

** Variation nette de l'intégration en 2018 des produits du régime social des indépendants (RSI) au régime général.*
Source : Cour des comptes, d'après les données de la LFSS 2019, du rapport de la CCSS de septembre 2019 et du PLFSS 2020.

L'évolution ralentie des recettes traduit trois facteurs d'importance inégale : un montant important de mesures nouvelles négatives parmi lesquelles le coût, non compensé par l'État, des mesures de la loi MUES ; une évolution de la masse salariale moins dynamique que prévu ; un effet légèrement défavorable des changements d'affectation de recettes liés principalement à la transformation du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) en des allègements généraux de cotisations patronales. Au-delà de son incidence sur le solde du régime général et du FSV, la recomposition des recettes ainsi opérée par la LFSS 2019 soulève d'autres interrogations, qui portent sur la structure même du financement de la protection sociale.

1 - Un important montant de pertes de recettes non compensées, dans le cadre de l'évolution des relations financières entre l'État et la sécurité sociale

La LFSS 2019 avait prévu l'absence de compensation de certaines pertes de recettes, par dérogation au principe général de compensation des exonérations et exemptions de cotisations et contributions sociales[9], comme le permettent les dispositions de niveau organique du code de la sécurité sociale[10] (tableau n° 4).

Ces pertes de recettes non compensées dès la LFSS 2019 représentaient un montant prévisionnel de 1,6 Md€. Les principales correspondent à la suppression du forfait social pour l'intéressement dans les entreprises de moins de 250 salariés et pour l'ensemble des versements d'épargne salariale dans les entreprises de moins de 50 salariés (0,6 Md€), ainsi qu'à l'exonération au 1er septembre 2019 des cotisations salariales des heures supplémentaires (0,6 Md€). Ces non-compensations étaient prises en compte dans la prévision d'un retour à l'équilibre du régime général et du FSV en 2019.

Au-delà, le PLFSS 2020 prend en compte le coût, soit 2,7 Md€, des mesures de la loi MUES du 24 décembre 2018, non compensées par l'État (voir A – 2 – *supra*).

Pour leur part, les autres mesures nouvelles se traduiraient par un effet positif de 0,4 Md€. Il s'agit principalement de la suppression du crédit d'impôt de taxe sur les salaires (+0,5 Md€), de la hausse des droits de consommation sur le tabac (+0,4 Md€) et, en sens inverse, de la compensation par des recettes du régime général des pertes de cotisations pour les régimes spéciaux liées à la réforme du CICE (-0,4 Md€).

[9] Article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.
[10] Article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Tableau n° 4 : effet des mesures en recettes hors schéma de compensation sur les produits du régime général et du FSV en 2019 (en Md€)

Intitulé de la mesure	Prévision 2019
Mesures de pertes de recettes non compensées par dérogation au principe de compensation	**-4,3**
Mesures de la LFSS 2019	**-1,6**
Lissage des seuils de CSG sur les revenus de remplacement	-0,2
Abattement de l'assiette du forfait social	-0,6
Exonération de CSG et CRDS sur les revenus du capital	-0,2
Exonération au 1er septembre des cotisations salariales sur les heures supplémentaires	-0,6
Mesures de la loi mesures d'urgence économiques et sociales	**-2,7**
Anticipation au 1er janvier de l'exonération de cotisations sur les heures supplémentaires	-1,2
Baisse du taux de CSG sur une partie des retraites	-1,5
Autres mesures	**0,4**
Compensation par le régime général des baisses de taux de cotisations maladie et famille pour les régimes spéciaux	-0,4
Effet en 2019 de mesures antérieures relatives aux prélèvements sur les revenus de placement	-0,3
Compensation au régime complémentaire des non-salariés agricoles de la suppression de la taxe sur les farines	-0,1
Effet du prélèvement à la source sur les prélèvements sur les revenus du patrimoine	-0,1
Suppression du crédit d'impôt de taxe sur les salaires	0,5
Hausse des droits de consommation sur le tabac (LFSS 2018)	0,4
Revalorisation des carrières dans la fonction publique (LFI 2019)	0,1
Autre[11]	0,2
Total des mesures nouvelles hors schéma de compensation	**-3,9**

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

Compte tenu par ailleurs de l'apparition d'un léger déséquilibre du schéma de compensation (voir 3 – *infra*), les mesures nouvelles, prises ensemble, dégraderaient le solde du régime général et du FSV de près de 4,5 Md€ par rapport à 2018. Ces pertes expliqueraient l'essentiel de cette dégradation pour les branches maladie et vieillesse et du FSV (tableau n° 5).

[11] Il s'agit principalement de la modification du barème de la cotisation subsidiaire maladie (-40 M€), de la création d'une contribution des organismes complémentaires au « forfait médecin traitant » (+70 M€), de l'augmentation des droits de licence des débitants de tabac (+40 M€) et de la modification des taxes sur les boissons sucrées (+55 M€).

Tableau n° 5 : effet des mesures en recettes sur les produits du régime général et du FSV en 2019 (en Md€)

	Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	FSV	RG+FSV
Schéma de compensation de la LFSS 2019	-0,3	0,0	0,4	-0,6	-0,1	-0,5
Mesures nouvelles hors schéma de compensation	-1,4	0,0	-2,1	0,1	-0,6	-3,9
Total	**-1,7**	**0,0**	**-1,6**	**-0,4**	**-0,6**	**-4,5**
Rappel : variation par rapport à 2018 du solde des branches (PLFSS 2020)	*-2,3*	*0,5*	*-2,2*	*0,4*	*-0,5*	*-4,2*

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

2 - Une évolution spontanée des recettes moins favorable que prévu et affectée d'incertitudes

Les recettes du régime général et du FSV connaîtraient en 2019 une évolution spontanée plus modérée qu'en 2018 (+2,6 % contre +3 %). En particulier, l'évolution spontanée des prélèvements sur les revenus de placement serait nettement plus faible en 2019 (+0,1 % contre +8,3 % en 2018). Surtout, la LFSS 2019 prévoyait une augmentation de la masse salariale de 3,5 %, comme en 2018. Selon le PLFSS 2020, cette augmentation serait limitée à 3 %. Il en résulte 1 Md€ de moindres recettes par rapport à la prévision de la LFSS 2019.

La réalisation de cette hypothèse de progression de la masse salariale, même révisée, reste cependant à confirmer. Elle nécessiterait une progression de 0,8 % sur les deux derniers trimestres de 2019, après 0,7 % en moyenne sur les deux premiers trimestres de cette même année. À cet égard, les prévisions de recettes 2019 du PLFSS 2020 reposent sur l'hypothèse que la prime exceptionnelle exonérée de cotisations sociales, de CSG et de CRDS, instaurée par la loi MUES jusqu'au 31 mars 2019, ne se substitue à aucun élément de rémunération déjà prévu par les employeurs. Compte tenu de l'ampleur des montants versés au titre de cette prime (2,1 Md€ au premier trimestre 2019 après 0,1 Md€ au quatrième trimestre 2018), cette hypothèse de non-substitution pourrait ne pas être vérifiée, avec des répercussions potentiellement négatives sur les recettes.

D'autres facteurs d'incertitude affectent le niveau des recettes 2019.

Ainsi, si l'ACOSS ne prend plus en charge en 2019 la compensation à l'Unédic de la suppression des cotisations salariales d'assurance chômage, elle assure désormais la compensation à l'Unédic et à

l'AGIRC-ARRCO des exonérations de cotisations patronales affectées à ces régimes (voir 3 – *infra*). Il en découle que le solde de ces pertes de cotisations, et des fractions de TVA et de taxe sur les salaires affectées à l'ACOSS pour les compenser, sera imputé aux branches du régime général, avec d'éventuels pertes ou gains pour ces dernières.

En outre, l'effet de la hausse des prix du tabac est estimé à partir d'hypothèses d'élasticité-prix de la demande par produit (cigarettes, tabac à rouler, cigares…) par nature fragiles, la réaction des consommateurs étant difficile à anticiper une fois franchis des niveaux de prix jamais atteints auparavant. Si les volumes de vente reculaient plus que prévu, ce qui n'a pas été constaté à ce jour, les recettes de droits de consommation sur les tabacs pourraient s'avérer inférieures au niveau anticipé.

3 - Un effet légèrement défavorable de la recomposition des recettes opérée par la LFSS 2019

La LFSS 2019 a procédé à une vaste recomposition des recettes de la protection sociale, qui concerne non seulement le régime général et le FSV mais, plus largement, d'autres entités des administrations de sécurité sociale en comptabilité nationale, ou ASSO (Unédic, AGIRC-ARRCO et CNSA principalement). Elles sont donc évoquées ici conjointement, cette recomposition s'étant accompagnée de transferts de recettes entre le régime général, le FSV et ces autres entités.

À cette fin, la LFSS 2019 a organisé un schéma général de compensation équilibré pour le régime général et le FSV. Selon les données de la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de septembre 2019, cet équilibre serait imparfaitement réalisé.

a) Des pertes de recettes à compenser : réforme du CICE, suppression des cotisations salariales chômage et effets de l'arrêt « de Ruyter »

Les pertes de recettes donnant lieu à compensation concernent en 2019 trois grandes opérations.

En premier lieu, la transformation du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) en des allègements généraux de cotisations patronales et la révision concomitante de certaines exonérations ciblées se traduiraient en 2019 par 24,1 Md€ de pertes de recettes à compenser, dont 17,6 Md€ pour le régime général et le FSV, 1,1 Md€ pour l'Unédic et 5,4 Md€ pour l'AGIRC-ARRCO.

En deuxième lieu, la suppression des cotisations salariales d'assurance chômage en 2018 a été mise en œuvre en deux temps, par une baisse du taux de cotisation de 1,45 point au 1er janvier 2018, suivie d'une seconde de 0,95 point au 1er octobre. L'effet en année pleine de cette dernière étape conduirait en 2019 à un surcroît de perte de recettes à

compenser de 4,3 Md€ pour l'Unédic, portant le total des pertes liées à cette mesure à 14,3 Md€.

En troisième lieu, afin de tirer toutes les conséquences de la jurisprudence « de Ruyter » (voir encadré), trois prélèvements sur les revenus du capital (prélèvement social, prélèvement de solidarité et contribution de solidarité pour l'autonomie), jusque-là affectés au FSV et à la CNSA, ont été fusionnés en un nouveau prélèvement de solidarité affecté à l'État. Dans le cadre de cette opération, il a par ailleurs été décidé de rétrocéder 0,7 point de CSG sur le capital à l'État, afin d'aligner les taux de CSG sur les revenus d'activité et du capital (9,2 %). L'ensemble de ces mesures occasionnerait des pertes de recettes de 5,2 Md€ pour le FSV et de 2,3 Md€ pour la CNSA.

Des réaffectations de prélèvements sur les revenus du capital visant à tirer toutes les conséquences de l'arrêt « de Ruyter »

En 2015, la Cour de justice de l'Union européenne a jugé qu'en vertu du principe d'unicité de législation en matière d'affiliation à un régime de sécurité sociale, un affilié à un régime de sécurité sociale d'un autre État membre ne pouvait être assujetti en France à des prélèvements sur les revenus du capital affectés à des régimes de sécurité sociale (CJUE, 26 février 2015, affaire C-623/13, *Ministre de l'Économie et des Finances contre Gérard de Ruyter*).

La LFSS 2016 a alors réaffecté la quasi-totalité des prélèvements sociaux sur les revenus du capital au FSV et, dans une moindre mesure, à la CNSA et à la CADES. Le législateur a en effet considéré que, ne finançant pas de prestations contributives, ces organismes ne relevaient pas des régimes de sécurité sociale au sens du droit de l'Union.

Toutefois, dans un arrêt de 2018, la Cour administrative d'appel de Nancy a remis en cause ce raisonnement, en considérant que les impositions affectées au FSV et à la CADES devaient également être soumises au principe d'unicité de la législation (CAA de Nancy, 31 mai 2018, *Ministre de l'Action et des comptes publics contre M. et Mme A.)*.

Dans ces conditions, afin de préserver l'assujettissement aux prélèvements concernés des contribuables par ailleurs affiliés à un régime de sécurité sociale d'un autre État membre de l'Union européenne, la LFSS 2019 a réaffecté à l'État le prélèvement social, le prélèvement de solidarité et la contribution de solidarité pour l'autonomie sur le capital, désormais fusionnés en un prélèvement unique, le prélèvement de solidarité.

c) Des pertes de recettes compensées par l'affectation en 2019 d'une nouvelle fraction de TVA par l'État

L'ensemble de ces pertes de recettes sont compensées par l'État à travers l'affectation de nouvelles fractions de TVA à la branche maladie pour 30,1 Md€ et à l'ACOSS pour 5,1 Md€, les pertes de recettes supportées par les autres entités des ASSO étant couvertes par des redéploiements internes.

Au total, la fraction de TVA nette affectée à la sécurité sociale[12] au titre des différentes pertes de recettes à compenser est portée en 2019 à 26 % du produit total de la taxe, soit 45,8 Md€, dont 40,7 Md€ pour la branche maladie[13] et 5,1 Md€ pour l'ACOSS au titre d'AGIRC-ARRCO.

Ces réaffectations de TVA emportent des conséquences distinctes sur les comptes de la sécurité sociale, établis en droits constatés, et sur la comptabilité budgétaire de l'État, dont les effets sont neutralisés en comptabilité nationale.

Une différence de traitement des nouvelles affectations de TVA entre la comptabilité budgétaire de l'État et la comptabilité en droits constatés de la sécurité sociale

Du côté de l'État, en comptabilité budgétaire, la part prélevée pour la sécurité sociale le sera sur 11 mois, à partir de février 2019, et pèsera de l'ordre de 42 Md€ sur le solde budgétaire en 2019, soit moins que le montant à compenser (l'annexe du PLF 2019 sur les voies et moyens indique « un gain de trésorerie ponctuel » de 3,8 Md€). En l'absence de modification du taux de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale en janvier 2020, l'écart constaté en trésorerie en 2019 sera versé début 2020. Ce décalage est néanmoins sans effet sur le solde du budget de l'État en comptabilité nationale.

Du côté de la sécurité sociale, seront enregistrés sur l'exercice comptable 2019 ces 11 mois d'encaissements ainsi qu'un mois supplémentaire au titre de produits à recevoir (TVA sur les ventes de décembre 2019, encaissée en janvier 2020), soit 45,8 Md€ au total.

[12] Les lois financières pour 2019 prévoyaient par ailleurs la compensation en 2019 de l'exonération de cotisations bénéficiant aux travailleurs occasionnels agricoles (TO-DE) par l'affectation d'un montant de TVA (0,4 Md€). Cette modalité de compensation n'étant pas pérenne, cette exonération devant être compensée dès 2020 par des crédits budgétaires, ce montant de TVA n'est pas comptabilisé dans la fraction de 45,8 Md€.

[13] Ce montant de 40,7 Md€ correspond aux 30,1 Md€ de TVA nouvellement affectés à la branche maladie en 2019 et à la valeur actualisée de fractions de TVA déjà affectées à la sécurité sociale en 2018 : 0,6 Md€ déjà affectés à la branche maladie et 10,0 Md€ affectés à l'ACOSS pour la compensation de la suppression des cotisations salariales à l'Unédic, réaffectés à la branche maladie en 2019.

Par redéploiements internes, les pertes de recettes résultant de l'effet en année pleine de la suppression des cotisations salariales chômage (4,3 Md€) sont dès lors compensées par l'affectation à l'Unédic de 14,2 Md€ de CSG en provenance du régime général. En contrepartie, les 10 Md€ de TVA qui avaient été affectés à l'ACOSS pour financer en 2018 les pertes de cotisations chômage sont transférés à la branche maladie.

De même, les pertes de recettes de prélèvements sur les revenus du capital pour le FSV (4,3 Md€ au titre des prélèvements sociaux et 0,9 Md€ au titre de l'alignement du taux de CSG sur les revenus du capital sur celui des revenus d'activité) et la CNSA (2,3 Md€), soit 7,5 Md€ au total, sont compensées par l'affectation de 7,3 Md€ de CSG en provenance du régime général. Enfin, les pertes de recettes portées par les branches autres que la branche maladie sont couvertes par des réaffectations de CSG et de taxe sur les salaires internes au régime général.

d) Un solde du schéma de compensation en définitive déséquilibré

Le schéma de compensation de la LFSS 2019 occasionnerait néanmoins une perte de 0,5 Md€ pour le régime général et le FSV en 2019 (tableau n° 6).

Tableau n° 6 : schéma de compensation de la LFSS 2019 actualisé des prévisions de la CCSS de septembre 2019, toutes entités ASSO concernées (en Md€)

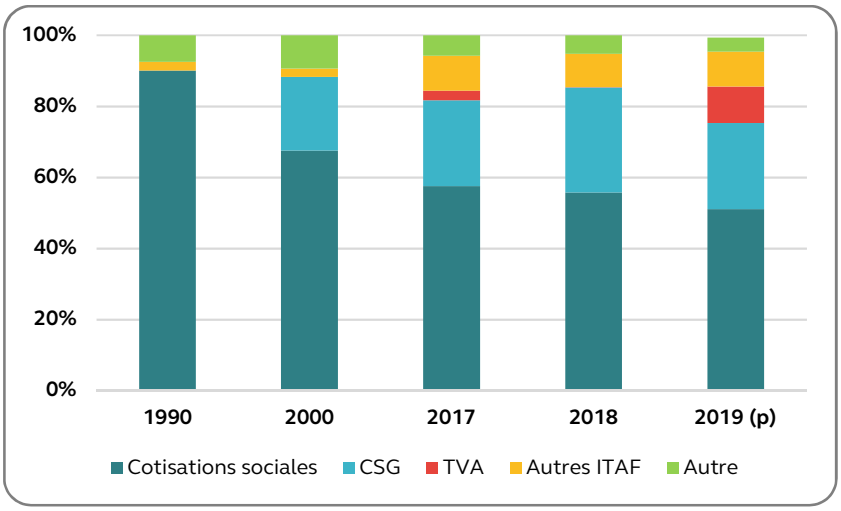
Intitulé de la mesure	RG	FSV	RG+FSV	ACOSS	Unédic	AGIRC-ARRCO	CNSA
Mesures de basculement CICE/exonérations de cotisations compensées	**-17,6**	**0,0**	**-17,6**	**0,0**	**-1,1**	**-5,4**	**0,0**
Baisse des cotisations maladie	-22,0		**-22,0**				
Renforcement de l'allègement général dégressif	5,3		**5,3**		-0,9	-5,1	
Modification des exonérations ciblées	-0,8		**-0,8**		-0,2	-0,2	
Suppression des cotisations salariales chômage	**-4,2**	**0,0**	**-4,2**	**0,0**	**-0,1**	**0,0**	**0,0**
Effet en année pleine de la suppression des cotisations			**0,0**		-4,3		
Compensation à l'Unédic de la suppression des cotisations	-4,2		**-4,2**	0,0	4,2		
Dont fin de la compensation par l'ACOSS			***0,0***	*10,0*	*-10,0*		
Dont transfert de TVA	*10,0*		***10,0***	*-10,0*			
Dont transfert de CSG	*-14,2*		***-14,2***		*14,2*		
Réaffectation à l'État de prélèvements sur les revenus du capital	**-7,3**	**-0,1**	**-7,4**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**-0,1**
Transfert de prélèvements sur les revenus du capital		-5,2	**-5,2**				-2,3
Réaffectation de CSG	-7,3	5,1	**-2,2**				2,2
Autres mesures de transferts de recettes	**28,6**	**0,0**	**28,6**	**0,0**	**1,1**	**5,4**	**0,0**
Affectation de TVA	30,1		**30,1**	5,1			
Réaffectation de taxe sur les salaires	-1,4		**-1,4**	1,4			
Compensation à l'Unédic et l'AGIRC-ARRCO du basculement CICE/exonérations			**0,0**	-6,5	1,1	5,4	
Bilan du schéma de compensation de la LFSS 2019	**-0,4**	**-0,1**	**-0,5**	**0,0**	**-0,1**	**0,0**	**-0,1**

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

4 - Des interrogations sur la part des cotisations dans les recettes des branches du régime général et des régimes conventionnels

Indépendamment du niveau global des recettes, la recomposition des recettes des administrations de sécurité sociale par la LFSS 2019 conduit à faire évoluer la nature de leur financement. Après le remplacement en 2018 de cotisations salariales par des recettes de CSG, la part des cotisations sociales dans le financement de la sécurité sociale, et plus largement des ASSO, se réduit à nouveau en 2019 (graphique n° 2).

Graphique n° 2 : évolution de la composition des recettes du régime général et du FSV (1990-2019, en %)



Source : Cour des comptes, d'après les données des rapports de la CCSS de juin 1991, septembre 2001 et septembre 2019, et du PLFSS 2020.

Sous l'effet de la transformation du CICE en des allégements généraux de cotisations patronales, les cotisations sociales ne représenteraient plus en 2019 que 51 % des recettes du régime général et du FSV, contre 56 % en 2018. Par ailleurs, après la suppression en 2018 des cotisations salariales chômage, l'extension pour la première fois en 2019 des allègements généraux aux régimes conventionnels d'assurance chômage et de retraite complémentaire conduit à une nouvelle diminution de la part des cotisations dans le financement de ces derniers, qui n'atteindrait plus que 59 % pour l'Unédic et 87 % pour l'AGIRC-ARRCO.

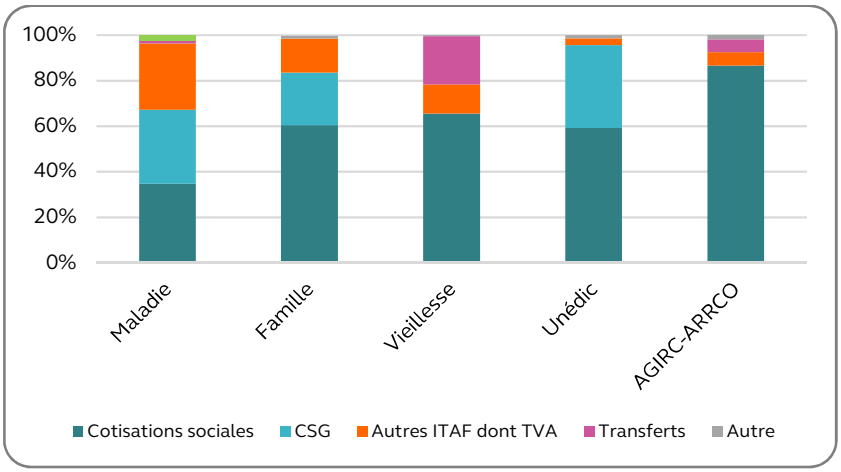
Cette évolution prolonge, en l'accentuant, le recul continu de la part des cotisations sociales dans le financement de la sécurité sociale depuis le début des années 1990.

Elle affaiblit la cohérence de la nature des recettes affectées aux branches du régime général et aux régimes conventionnels avec celle des prestations servies par ces entités. Certes, depuis 1970, le lien entre le montant des prestations versées et celui des cotisations acquittées s'est atténué. Toutefois, cet effacement de la logique contributive a surtout concerné les branches famille et maladie (à l'exception cependant des indemnités journalières et des pensions d'invalidité), mais moins la

branche vieillesse et les régimes conventionnels, dont le montant des prestations reste fortement corrélé à l'assiette des cotisations[14].

À cet égard, le déclin de la part des cotisations dans le financement de la branche maladie (35 % des recettes en 2019) et la préservation de cette source de financement pour la branche vieillesse (65 %) et l'AGIRC-ARRCO (87 %) apparaissent globalement cohérents avec la nature des prestations servies par ces entités. À l'inverse, la part des cotisations sociales dans les recettes de l'assurance chômage (59 %) serait désormais inférieure à celle de la branche famille (60 %), alors même que les prestations chômage restent très liées aux cotisations, tandis que les prestations familiales ont un caractère universel, indépendant de la qualité ou non de cotisant de leurs bénéficiaires (graphique n° 3).

Graphique n° 3 : composition en 2019 des recettes des principales branches du régime général et des régimes conventionnels (en %)



Source : Cour des comptes, d'après les données des rapports de la CCSS de septembre 2018 et juin 2019 et du PLFSS 2020, et les prévisions financières de l'Unédic de mars 2019.

[14] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2015*, chapitre IV Les cotisations sociales : une place prépondérante mais en déclin dans le financement de la sécurité sociale, une cohérence et une lisibilité à rétablir, p. 143-180, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

C - Une progression plus rapide des dépenses

Le PLFSS 2020 évalue à 405,6 Md€ les dépenses du régime général et du FSV pour 2019, soit une augmentation de 2,5 % par rapport à 2018[15] (tableau n° 7).

Les dépenses continueraient ainsi à accélérer, après des hausses à périmètre constant de 2,4 % en 2018 et de 2,0 % en 2017. Par rapport à une prévision d'augmentation de 2,1 % contenue dans la LFSS 2019, de fait nettement dépassée, 1,4 Md€ de dépenses supplémentaires pourraient être constatées fin 2019.

Tableau n° 7 : dépenses 2019 du régime général et du FSV (LFSS 2019 et PLFSS 2020, en Md€)

	2018	Variation 2018/2017*	2019 LFSS 2019	2019 PLFSS 2020	Variation 2019/2018
Maladie	211,5	+2,4 %	216,4	217,2	+2,7 %
AT-MP	12,0	+2,7 %	12,2	12,1	+0,2 %
Famille	49,9	0,0 %	50,3	50,2	+0,6 %
Vieillesse	133,6	+2,9 %	136,9	137,5	+2,9 %
Régime général	**394,1**	**+2,4 %**	**402,7**	**403,9**	**+2,5 %**
FSV	19,0	-3,0 %	18,4	18,9	-0,5 %
Total régime général et FSV	**395,8**	**+2,4 %**	**404,2**	**405,6**	**+2,5 %**

** Variation nette de l'intégration en 2018 des charges du régime social des indépendants (RSI) au régime général.*
Source : Cour des comptes, d'après les données de la LFSS 2019, du rapport de la CCSS de septembre 2019 et du PLFSS 2020.

Ce surcroît de dépenses par rapport à la prévision de la LFSS 2019 (soit +1,4 Md€) serait lié à des dépenses plus élevées que prévu au titre des prestations sociales (+0,6 Md€), notamment d'assurance vieillesse, des transferts liés notamment à la compensation démographique généralisée entre régimes de retraite (+0,5 Md€) et des charges de gestion administrative (+0,2 Md€).

[15] Correspondant à la fois aux champs courant et constant car les mesures de périmètres en dépenses sont marginales en 2019.

1 - Des évolutions différenciées des dépenses des branches maladie et AT-MP

En 2019, les dépenses de la branche maladie (soit 217,2 Md€) augmenteraient de 2,7 %, soit un peu plus qu'en 2018 (+2,4 %). Cette augmentation est plus élevée que celle des dépenses relevant de l'ONDAM (+2,5 %), du fait notamment du dynamisme des prestations hors ONDAM (+4,6 %) portées par la progression des dotations aux établissements et services médico-sociaux (ESMS) financées sur les ressources propres de la CNSA.

Les dépenses de la branche accidents du travail-maladies professionnelles (soit 12,1 Md€) augmenteraient quant à elles de 0,2 % par rapport à 2018. Pour une part, cette évolution traduit le contrecoup d'un effet comptable (les provisions 2017, insuffisamment élevées, avaient conduit à constater un niveau de dépenses plus élevé en 2018).

a) Les dépenses relevant de l'ONDAM : une progression rehaussée à 2,5 %, qui s'écarte de la trajectoire de la LPFP 2018-2022

Les dépenses relevant de l'ONDAM représentent 93 % du total des dépenses de la branche maladie du régime général. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a fixé à 200,3 Md€ (+2,5 %) l'objectif de dépenses pour 2019, s'écartant de la trajectoire à moyen terme, fixée à 2,3 % par la loi de programmation des finances publiques (LPFP) pour les années 2018 à 2022. Ce ressaut du taux de progression en 2019 induit un montant de dépenses supplémentaires de 0,4 Md€, soit 1,7 Md€ en cumul sur la période 2019-2022 par rapport à la trajectoire initiale (tableau n° 8).

À l'exception du secteur médico-social, l'ensemble des sous-objectifs votés en LFSS 2019 connaît un taux d'évolution en progression par rapport à 2018.

Tableau n° 8 : évolution prévisionnelle de l'ONDAM 2019 globale et par sous-objectif (en Md€)

	Objectif 2018 à périmètre 2019	Objectif 2019 (LFSS 2019)	Taux d'évolution initial voté ONDAM 2019 (en %)	Taux d'évolution initial voté ONDAM 2018 (en %)
Soins de ville	89,3	91,5	+ 2,5	+2,4
Établissements de santé	80,7	82,7	+2,4	+2,0
Médico-social	20,3	20,8	+2,2	+2,6
FIR	3,3	3,5	+4,8	+3,1
Autres prises en charge	1,8	1,9	+6,3	+4,3
Total ONDAM	**195,4**	**200,3**	**+2,5**	**+2,3**

Source : LFSS 2018 et 2019.

L'objectif d'économies, conditionnant la réalisation de l'ONDAM, est légèrement inférieur à celui de 2018 (3,8 Md€ contre 4,2 Md€ en 2018).

Le sous-objectif « soins de ville » a été arrêté à 91,5 Md€ pour 2019, correspondant à un taux d'évolution initial de 2,5 %, contre 2,4 % pour 2018. Cette accélération des dépenses serait imputable, selon le ministère, à la mise en œuvre du plan « Ma Santé 2022 », dont l'impact sur l'exercice 2019 sera cependant encore limité, et à la mise en place d'offres de prothèses dentaires et d'audioprothèses et d'équipements d'optique comportant un reste à charge nul pour les assurés. La hausse tendancielle spontanée des dépenses, avant économies et mesures nouvelles, serait par ailleurs légèrement plus dynamique qu'en 2018 (+ 4,3 % contre + 4,2 %)[16], sous l'effet notamment de nouveaux accords conventionnels avec les professionnels de santé (dont l'incidence est estimée à 0,2 Md€[17]) et l'achèvement en 2019 de la montée en charge des revalorisations prévues de la convention médicale de 2016 (soit 0,2 Md€ de dépenses supplémentaires sur un montant prévisionnel de l'ordre de 1 Md€ à la charge de l'assurance maladie).

Concernant les établissements de santé, le sous-objectif a été voté à 82,7 Md€, ce qui marque une hausse significative du taux d'évolution initial (+2,4 %) par rapport à celui retenu pour 2018 (+2 %). L'évolution tendancielle des dépenses avant économies s'établit à +3,7 %, contre +4 % en 2018. Cette moindre progression reflète notamment la décélération des prévisions de volume d'activité, estimées sur ce champ à +2 % pour les établissements publics et privés non lucratifs (contre +2,6 % de prévision initiale en 2018) et à +1,4 % pour les établissements privés lucratifs (contre +1,6 % en 2018).

Le rehaussement de l'ONDAM hospitalier reflète aussi le report de 2018 sur 2019 de l'application du protocole « parcours professionnels, carrières et rémunérations » (+0,2 Md€), l'intégration du soutien à l'investissement prévu dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé (+ 0,2 Md€), ainsi que la prise en compte d'un besoin de financement exceptionnel des hôpitaux publics des DOM (+ 0,25 Md€). La progression est toutefois atténuée par la reprise des allègements fiscaux et

[16] Pourtant, la structure des jours ouvrés exerce un effet favorable en 2019. Selon la direction de la sécurité sociale, l'impact sur l'ONDAM devrait être de -0,2 %, toutes choses égales par ailleurs, alors qu'il avait été de +0,2 % en 2018 (une structure calendaire neutre correspondant à une année telle que l'année 2021, où l'effet de correction des jours ouvrés sera de 0).

[17] Accords conventionnels passés avec les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes, les pharmaciens et les sages-femmes.

sociaux pour les établissements privés lucratifs bénéficiant du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), du pacte de responsabilité et du crédit d'impôt de la taxe sur les salaires (-0,1 Md€).

S'agissant du secteur médico-social, le taux de progression des dépenses comprises dans le champ de l'ONDAM (20,8 Md€) diminuerait par rapport à 2018 (+2,2 % contre +2,6 %). Cette évolution traduit un prélèvement accru sur les réserves de la CNSA (qui atteindrait 290 M€ contre 5 M€ en 2018), pour financer des dépenses médico-sociales en marge de l'ONDAM. Dans le champ de l'objectif global de dépenses médico-sociales (OGD), financé par l'ONDAM médico-social et des ressources propres de la CNSA, les dépenses médico-sociales augmenteraient de +2,7 % (contre +2,4 % en 2018) afin de poursuivre la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et de traduire les engagements liés à la stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022.

D'après la CCSS de septembre 2019, les dépenses couvertes par l'ONDAM devraient atteindre 200,2 Md€ fin 2019, affichant une sous-exécution de 130 M€ par rapport à l'objectif de la LFSS 2019. Cette sous-exécution tiendrait en grande partie au report sur 2019 de la sous-exécution constatée fin 2018 sur les soins de ville, au décalage sur 2020 de certaines revalorisations (notamment celles relatives aux soins infirmiers), et pour les établissements de santé à une dynamique moins forte qu'anticipé des dépenses de la liste en sus[18].

Le PLFSS 2020 révise néanmoins à 200,4 Md€ l'objectif de l'ONDAM pour 2019, fixé dans la LFSS 2019 à 200,3 Md€. L'écart de 0,2 Md€ par rapport à la prévision de la CCSS de septembre 2019 s'expliquerait par une augmentation de 130 M€ de la contribution de l'assurance maladie au financement des établissements médico-sociaux dans le PLFSS, ainsi que par une mesure de périmètre à hauteur de 40 M€ (dotation à l'Établissement français du sang).

b) Une accélération des dépenses hors ONDAM

Les dépenses de prestations qui n'entrent pas dans le champ de l'ONDAM (18,3 Md€ en prévision selon la CCSS de septembre 2019) connaîtraient un taux d'évolution très supérieur à celui constaté en 2018 (+3,8 % contre +1,4 %). Cette évolution s'explique principalement par les dotations aux établissements et services médico-sociaux (ESMS) financées sur les ressources propres de la CNSA (hors dotations des régimes

[18] La liste en sus regroupe les traitements (médicaments et dispositifs coûteux et innovants) financés par l'assurance maladie en sus des séjours hospitaliers.

d'assurance maladie comprises dans le champ de l'ONDAM), dont la progression (+ 21,7 %) serait soutenue par la mise en œuvre du plan « grand âge et autonomie ».

S'agissant des principaux autres postes de dépenses, la décélération des dépenses de pensions d'invalidité observée en 2018 se confirmerait (+2,4 % contre +2,5 % en 2018 et +5,1 % en 2017), tandis que les indemnités journalières pour congés maternité et paternité progresseraient sensiblement (+2,5 % contre +1,1 %).

2 - Des dépenses de la branche vieillesse toujours dynamiques, une évolution plus modérée des dépenses de la branche famille

a) Une progression toujours forte des dépenses vieillesse

Selon le PLFSS 2020, les dépenses de la branche vieillesse (137,5 Md€), composées à 95 % de prestations de retraite, augmenteraient de 2,9 % en 2019, comme en 2018. Cette évolution dépasse sensiblement la prévision d'une augmentation de 2,4 % des dépenses par la LFSS 2019. Elle contribue ainsi à hauteur de 0,7 Md€ à la non-réalisation de la prévision initiale de solde du régime général et du FSV.

Les prestations augmenteraient de 2,7 % en 2019, contre 2,2 % dans la LFSS 2019, et après 2,9 % en 2018. Ce ralentissement traduit l'incidence d'une moindre indexation. En effet, les prestations ont été revalorisées de 0,3 % au 1er janvier 2019[19] ; en 2018, l'effet en année pleine de la revalorisation intervenue au 1er octobre 2017 avait contribué à hauteur de 0,6 % à la progression des dépenses de prestations en moyenne annuelle.

Les autres dépenses de la branche vieillesse (soit 7 Md€) connaîtraient des évolutions contrastées. Les transferts nets, principalement composés des transferts de compensation démographique, augmenteraient en 2019 plus fortement qu'en 2018 (+9,3 % après +4,9 %), du fait d'une dégradation des ratios démographiques dans les régimes autres que le régime général, notamment ceux de fonctionnaires. Les dépenses de gestion courante augmenteraient légèrement (+0,4 % en 2019 après -1,3 % en 2018).

[19] La mesure de réindexation des retraites inférieures à 2 000 € annoncée par le Président de la République le 25 avril dernier prendra effet le 1er janvier 2020.

b) Une reprise limitée des dépenses de la branche famille

Après avoir été stables en 2018, les dépenses de la branche famille, d'environ 50 Md€, seraient plus dynamiques en 2019 (+0,6 %), tout en étant conformes à celles de la LFSS 2019 (avec un écart négatif de 0,1 Md€).

S'agissant des prestations légales (soit 31,3 Md€), l'effet de la moindre indexation des prestations (+0,3 % au 1er avril plutôt que sur l'inflation) permet une économie de 0,3 Md€ et conduit à modérer l'évolution des dépenses des différentes prestations.

Les prestations d'entretien (allocations familiales, complément familial, allocation de soutien familial, allocation de rentrée scolaire), augmenteraient ainsi de 0,8 % (après +2 % en 2018). Du fait de mesures d'économies antérieures, les dépenses liées à la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) continueraient à baisser (-2,2 %, après -3,3 % en 2018). Les autres prestations légales continueraient en revanche à augmenter (+5,4 %, après +6,9 % en 2018), portées notamment par l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (+6 % par an depuis trois ans).

Après avoir été stables en 2018, les prestations extra-légales (soit 5,6 Md€) rebondiraient en 2019, comme prévu en LFSS 2019.

Enfin, les dépenses liées à la prise en charge par la branche de l'assurance vieillesse des parents au foyer et des majorations de pensions pour enfants, qui constitue l'essentiel des transferts nets entre branches et régimes (soit 10,3 Md€), augmenteraient de manière modérée (+0,5 %, après +0,3 % en 2018), sous l'effet notamment de la moindre indexation des prestations.

D - La poursuite de la hausse de la dette accumulée à l'ACOSS

Du fait de la saturation depuis fin 2016 du plafond de reprise de nouveaux déficits par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), les déficits des branches maladie, famille, vieillesse et du FSV s'accumulent à l'ACOSS qui les finance par des emprunts de très court terme[20]. D'environ 15 Md€ fin 2016, ils pourraient atteindre de l'ordre de 30 Md€ fin 2019 selon les données du PLFSS 2020.

[20] Il n'est pas pris en compte la branche AT-MP, dont l'équilibre est assuré sur le moyen terme sans financement externe.

Les déficits déjà transférés à la CADES continuent quant à eux à être amortis. Grâce à l'affectation de ressources certaines (15,6 Md€ de CSG et CRDS en 2018 et un versement annuel de 2,1 Md€ du fonds de réserve des retraites jusqu'en 2024), la dette à amortir par la CADES se situerait fin 2019 à 89,3 Md€, sur 260,5 Md€ transférés. Un amortissement complet de cette dette est prévu en 2024.

Comme la capacité d'amortissement de la CADES (15,4 Md€ en 2018) est devenue supérieure depuis 2015 aux déficits constatés chaque année, le total de la dette sociale porté par la CADES et l'ACOSS diminue désormais. Dans l'acception ici prise en compte, la dette sociale a ainsi baissé de 13,5 Md€ par rapport à 2017, pour s'établir à 128,9 Md€ fin 2018. En 2019, l'augmentation du déficit du régime général et du FSV par rapport à 2018, telle qu'elle résulte de la prévision du PLFSS 2020, ralentirait cette évolution à la baisse (tableau n° 9).

Tableau n° 9 : évolution de la dette sociale (2015-2019, en Md€)

	2015	2016	2017	2018	2019 (p)
(1) Situation nette négative de la CADES	126,7	135,8	120,8	105,4	89,3
(2) Cumul à l'ACOSS des déficits maladie, vieillesse, famille et FSV non repris par la CADES	29,7	15,4	21,6	23,5	30,0
Endettement financier net de l'ACOSS (p.m.)	*31,2*	*20,9*	*27,2*	*21,5*	
(1)+(2) Dette sociale totale en fin d'année*	156,4	151,2	142,4	128,9	119,3

** Hors déficits maintenus au régime de retraite des exploitants agricoles (3,7 Md€) et au régime des mines (0,6 Md€).*
Note : l'écart en 2018 entre le cumul des déficits non repris par la CADES et l'endettement net de l'ACOSS (soit 2 Md€) s'explique par le solde des dettes et créances vis-à-vis des autres régimes (-2,8 Md€), le solde de trésorerie de la branche AT-MP (+2,4 Md€) et le décalage temporel entre trésorerie et droits constatés pour les autres branches (+2,4 Md€).
Source : Cour des comptes d'après les données des rapports de la CCSS et du PLFSS 2020.

La dette sociale est ici assimilée aux déficits transférés à la CADES et non amortis par cette dernière et aux déficits des branches maladie, famille et vieillesse et du FSV qui ne lui ont pas été transférés. En effet, les pouvoirs publics ont continûment fixé à hauteur des déficits de ces branches et du FSV le montant des prises en charge par la CADES de leurs besoins de financement externe[21].

Au total, la remontée du déficit du régime général et du FSV en 2019 et le maintien de déficits jusqu'en 2022 compris éloignent la perspective d'une extinction progressive de la dette sociale maintenue à l'ACOSS, initialement prévue par la LFSS 2019 au moyen de nouveaux transferts à la CADES financés par l'affectation de fractions supplémentaires de CSG et d'un léger sur-équilibre du régime général et du FSV à partir de 2019.

II - À partir de 2020, une maîtrise accrue des dépenses indispensable à un retour durable de la sécurité sociale à l'équilibre financier

La LFSS 2019 prévoyait pour le régime général et le FSV un excédent de 0,1 Md€ en 2019, puis de 0,6 Md€ chaque année entre 2020 et 2022. Ce scénario est désormais caduc. Ainsi, le retour à l'équilibre des régimes de sécurité sociale et du FSV, prévu en 2019 par la LFSS 2019, serait reporté à 2023 selon le PLFSS 2020.

La dégradation de la situation financière de la sécurité sociale conduit par ailleurs à revenir sur l'affectation à partir de 2020 d'une fraction supplémentaire de CSG à la CADES, prévue par la LFSS 2019 pour financer l'amortissement d'une part prépondérante de la dette sociale portée par l'ACOSS, ainsi que sur la rétrocession de recettes de TVA à l'État, prévue par la loi de finances pour 2019 dans le cadre de la rénovation des relations financières entre l'État et la sécurité sociale.

Un ralentissement des dépenses apparaît ainsi nécessaire afin d'assurer un retour pérenne de la sécurité sociale à l'équilibre financier, par-delà les effets du cycle économique sur les recettes.

[21] D'autres acceptions de la dette sociale sont parfois utilisées afin de représenter le besoin de financement externe des régimes de sécurité sociale et du FSV : la somme du report à nouveau et du résultat de l'exercice, qui reflète les capitaux propres – négatifs – des branches et du FSV pris dans leur ensemble ; l'endettement financier net, autre acception, qui correspond à la différence entre le passif et l'actif financier et prend en compte, outre les besoins de financement des déficits, les besoins de trésorerie liés aux écarts temporels entre encaissements et décaissements.

A - Une LFSS 2019 visant à la fois retour à l'équilibre, extinction de la dette et rétrocession de recettes à l'État

La trajectoire pluriannuelle figurant à l'annexe B de la LFSS 2019 présentait un solde du régime général et du FSV proche de l'équilibre en 2019 (+0,1 Md€). Par la suite, ce solde positif devait augmenter pour s'établir à +0,6 Md€ chaque année de 2020 à 2022.

Le scénario macroéconomique sous-jacent se caractérisait par une croissance économique plus élevée que la croissance potentielle (1,7 % sur 2019-2022 pour une croissance potentielle de 1,3 %) et une remontée de l'inflation qui atteignait 1,8 % en fin de période (tableau n° 10).

Cette trajectoire visait simultanément trois objectifs.

D'abord, elle inscrivait le solde du régime général et du FSV sur une trajectoire durablement en excédent après près de 20 années de déficit.

Ensuite, elle engageait l'extinction de la dette sociale. D'une part, la dette portée par la CADES était amortie, comme anticipé, d'ici 2024. D'autre part, 15 Md€ de dette portée par l'ACOSS étaient également transférés à la CADES et amortis par un transfert de CSG en sa faveur de 1,5 Md€ en 2020, de 3,5 Md€ en 2021 et de 5 Md€ en 2022 (en cumul). Au-delà, la poursuite d'une trajectoire d'excédents laissait espérer la disparition rapide de la dette résiduelle portée par l'ACOSS.

Enfin, dans le cadre de la rénovation des relations financières entre l'État et la sécurité sociale, la trajectoire intégrait des pertes de recettes non compensées par dérogation au principe de compensation pour 1,6 Md€ en 2019 (voir I – B – 1 – *supra*), ainsi qu'une rétrocession de TVA à l'État. La loi de finances pour 2019 avait en effet prévu une réduction du produit de la fraction de TVA affectée à la branche maladie du régime général, à hauteur de 1,5 Md€ en 2020, de 3,5 Md€ en 2021 et de 5 Md€ en 2022 (en cumul)[22].

[22] Ce montant est à rapporter à la fraction de 26 % de TVA affectée à la sécurité sociale en 2019, soit 45,8 Md€.

Tableau n° 10 : évolution du solde agrégé du régime général et du FSV de 2019 à 2022 selon la LFSS 2019

	2019	2020	2021	2022
Croissance du PIB en volume (en %)	1,7	1,7	1,7	1,7
Progression de la masse salariale (en %)	3,5	3,7	3,8	3,7
Taux d'inflation (en %)	1,3	1,4	1,8	1,8
Solde du régime général et du FSV (en Md€)	0,1	0,6	0,6	0,6
Solde du régime général et du FSV hors transfert de CSG à la CADES et rétrocession de TVA à l'État (en Md€)	0,1	3,6	7,6	10,6

Source : LFSS 2019 et calculs Cour des comptes.

B - La remise en cause de la trajectoire financière de la LFSS 2019 par le PLFSS 2020

Depuis l'adoption de la LFSS 2019, la révision des hypothèses macroéconomiques, la progression plus rapide que prévu des dépenses et le coût des mesures de la loi MUES ou annoncées depuis lors, ont conduit le Gouvernement, dans les projets de lois financières pour 2020, à revenir sur la rétrocession de TVA à l'État et les transferts de CSG à la CADES, et à dégrader la trajectoire financière de la sécurité sociale.

Contrairement à la prévision de la LFSS 2019, le régime général et le FSV, pris ensemble, ne reviendraient pas à l'équilibre avant 2023. En 2020, leur déficit atteindrait 5,1 Md€, en léger recul par rapport à 2019.

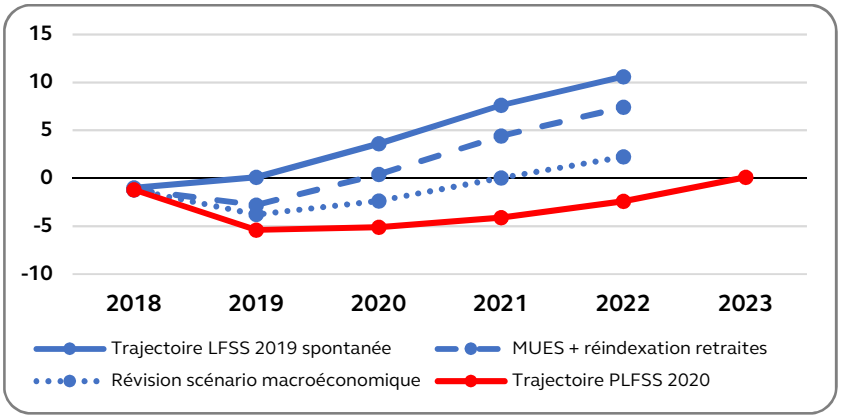
L'impact des différents facteurs de révision de la trajectoire financière depuis la LFSS 2019 peut être illustré en partant de la trajectoire d'évolution spontanée de la LFSS 2019, soit hors rétrocession de TVA à l'État et hors transfert de CSG à la CADES. Dans ce scénario (« Trajectoire LFSS 2019 spontanée » dans le graphique n° 4 ci-après), l'excédent du régime général et du FSV aurait été porté de 0,1 Md€ en 2019 à plus de 10 Md€ en 2022.

L'application à cette trajectoire du coût des mesures prises ou annoncées depuis l'adoption de la LFSS 2019, conduirait, hors rétrocession de TVA à l'État et transfert de CSG à la CADES, à décaler le retour à l'équilibre à 2020 (voir scénario « MUES + réindexation retraites » du graphique n° 4 ci-après). En effet, l'avancement de l'exonération des heures supplémentaires et la mesure CSG sur les pensions de retraite de la loi MUES auraient un coût pour le régime général et le FSV de 2,7 Md€ en 2019, puis de 1,5 Md€ par an entre 2020 et 2022. De plus, la réindexation intégrale sur l'inflation constatée des retraites inférieures à 2 000 euros, au 1er janvier 2020, représenterait une dépense supplémentaire pour la branche vieillesse de l'ordre de 1,5 Md€ par an à partir de 2020.

En outre, l'application des hypothèses de masse salariale du PLFSS 2020 à cette trajectoire d'évolution conduirait à décaler d'une année supplémentaire, à 2021, le retour à l'équilibre du régime général et du FSV (voir « Révision scénario macroéconomique » du graphique n° 4 ci-après). En effet, la croissance de la masse salariale ne serait plus que de 3 % par an, en moyenne, contre 3,7 % auparavant sur la même période.

Enfin, la prise en compte des autres informations disponibles depuis la LFSS 2019, dont un surplus de dépenses de 1,4 Md€ du régime général et du FSV, conduirait à dégrader encore davantage la trajectoire.

Graphique n° 4 : trajectoire de solde du régime général et FSV du PLFSS 2020 et facteurs de révision par rapport à la LFSS 2019 (2019-2023 en Md€)*



** Ces scénarios ne prennent pas en compte les rétrocessions de TVA à l'État et les transferts de CSG à la CADES prévus par la LFSS 2019, ce qui explique les excédents croissants du scénario « Trajectoire LFSS 2019 spontanée » entre 2020 et 2022, et non stabilisés à 0,6 Md€ comme dans la LFSS.*
Source : LFSS 2019, PLFSS 2020 et calculs Cour des comptes.

Les projets de lois financières pour 2020 tirent les conséquences de ces révisions en revenant sur les rétrocessions de TVA à l'État et les transferts de CSG à la CADES prévus par la LFSS 2019, et en reportant le retour à l'équilibre du régime général et du FSV de 2019 à 2023.

C - Des risques en dépenses pour les années à venir

1 - Des facteurs qui pèseront sur les dépenses de santé

a) Des contraintes à prendre en compte dans la construction de l'ONDAM 2020 et des années suivantes

Différentes contraintes pesant sur l'évolution des dépenses peuvent d'ores et déjà être identifiées pour chacun des sous-objectifs de l'ONDAM[23].

S'agissant des soins de ville, les ONDAM des années 2020 à 2023 auront à prendre en compte l'incidence des revalorisations conventionnelles avec les professionnels de santé, de l'ordre de +0,6 Md€ en 2020 et de +1,2 Md€ au total sur la période 2020-2023[24]. En outre, la mise en œuvre d'un « reste à charge 0 » sur une partie des offres de prothèses dentaires et auditives et d'équipements d'optique engendrera des dépenses supplémentaires évaluées à 0,7 Md€ sur l'ensemble de la période.

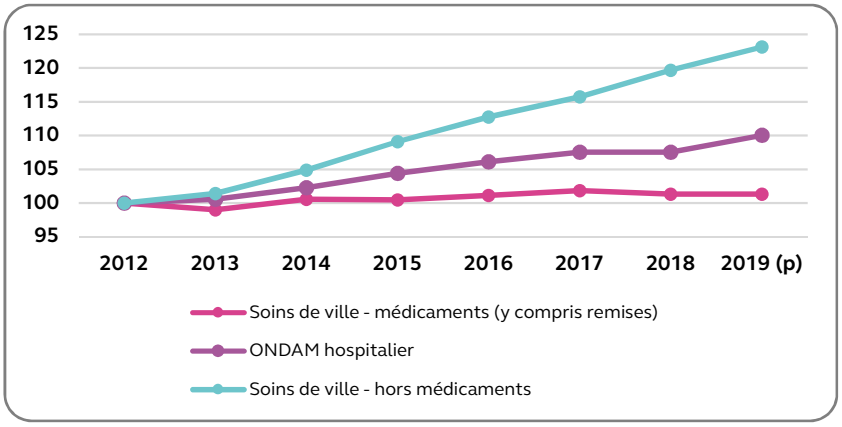
Le taux d'évolution annuel moyen des dépenses de médicaments, très inférieur à celui des prestations et des autres produits de santé (+0,2 % contre +3,5 % sur la période 2014-2018), a contribué à contenir l'évolution globale du sous-objectif « soins de ville » (graphique n° 5). Le Gouvernement s'est engagé, à l'occasion du huitième conseil stratégique des industries de santé (CSIS), à respecter un objectif minimal de croissance annuelle de 0,5 % du chiffre d'affaires net des remises pour l'ensemble des médicaments sur trois ans (dont 3 % pour les médicaments innovants)[25], ce qui fera peser une contrainte accrue sur le sous-objectif des soins de ville.

[23] Il convient de noter par ailleurs que l'ONDAM devrait être affecté en 2020 par un effet calendaire défavorable en raison du caractère bissextile de cette année.

[24] Négociations conventionnelles avec les médecins, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, assistants médicaux.

[25] Selon les entreprises du médicaments (LEEM), le taux de croissance annuel moyen du chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques aurait été de -0,6 % sur la période 2013-2017, tandis que selon le CEPS, le taux de croissance des ventes de médicaments remboursables aurait progressé en moyenne de 0,2 % par an sur la période 2012-2017.

Graphique n° 5 : évolution comparée de la dépense de soins de ville avec et hors médicaments (base 100 en 2012)



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

Pour ce qui concerne les établissements publics de santé, le caractère pérenne du ralentissement observé de leur activité (structurel ou conjoncturel) demeure incertain. La montée en charge des médicaments inscrits sur la liste en sus, des nouvelles classes thérapeutiques innovantes à l'hôpital[26] et l'extension d'indication de certains dispositifs médicaux[27] pèseront sur les dépenses. Par ailleurs, la maîtrise des déficits des établissements publics de santé (-660 M€ en 2018 selon les données provisoires communiquées par la DGOS) est conditionnée à leur capacité à contenir le taux d'augmentation annuel moyen de la masse salariale à hauteur de +1,59 %, niveau légèrement supérieur à la hausse constatée au cours des quatre dernières années (+1,50 %, dont +1 % en 2018).

Concernant l'ONDAM médico-social, le ministère chargé de la sécurité sociale fonde le taux de progression des dépenses en 2020 sur une hypothèse de reconduction du tendanciel de l'OGD 2019 (+2,7 %), sans que l'incidence financière de la loi « grand âge et autonomie », dont le projet de loi est annoncé pour l'automne 2019, ne soit encore connue. Dans ce contexte, l'augmentation des dotations aux ESMS (+130 M€ en 2019) dans la partie rectificative du PLFSS 2020 relative à 2019 constitue une

[26] En particulier les médicaments anticancéreux (dits « anti-PD1 »), ou encore le recours aux thérapies géniques (ou « CAR-T Cells ») ciblant spécifiquement les cellules cancéreuses dans le traitement de la leucémie par immunothérapie.
[27] En particulier, extension de la prise en charge des prothèses valvulaires TACI en cardiologie.

première étape, modeste, du renforcement de la contribution de l'assurance maladie au financement du grand âge. Elle vise surtout à alléger d'autant l'exécution de l'ONDAM 2020.

b) Des dispositifs de régulation infra-annuelle des soins de ville insuffisants

Les contraintes sur l'ONDAM dans les années à venir rendent d'autant plus nécessaire l'instauration de mécanismes de régulation en cours d'année qui répartissent sur tous les segments de la dépense de santé la charge du respect de l'objectif fixé par le Parlement.

À l'heure actuelle, cette charge est portée pour l'essentiel par les dotations affectées aux établissements de santé et aux établissements médico-sociaux. En dehors du médicament[28] et de la biologie médicale[29], les secteurs de la dépense de soins de ville sont dépourvus pendant l'année de mécanismes de régulation destinés à assurer le respect de la prévision de dépenses prise en compte dans le cadre de la construction de l'ONDAM.

Afin de faire contribuer l'ensemble des secteurs de la dépense à la maîtrise de l'objectif global, la Cour a recommandé à plusieurs reprises l'instauration pour les soins de ville d'une réserve prudentielle infra-annuelle permettant de maîtriser les dépassements.

La LFSS 2019 a fait écho à cette recommandation, en intégrant dans le sous-objectif relatif aux soins de ville une « réserve prudentielle » de 120 M€, dont le montant pourrait croître au cours des exercices suivants.

Cependant, cette réserve est réduite (0,06 % de l'ONDAM 2019 et 0,13 % du sous-objectif soins de ville). En outre, elle a été constituée en majorant de 0,1 point l'évolution tendancielle des dépenses de soins de ville ; si le ministère indique avoir gagé ce relèvement par un surplus d'économies de montant équivalent, les exercices passés montrent que les économies sur les soins de ville ne sont souvent que partiellement réalisées (à hauteur de 65 % pour les objectifs de maîtrise médicalisée en 2018).

---

[28] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre VIII La fixation du prix des médicaments : des résultats significatifs, des enjeux toujours majeurs d'efficience et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer, p. 335-444, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

[29] Accord triennal de maîtrise des dépenses d'assurance maladie 2014-2016, puis 2017-2019.

En dehors du médicament[30] et de la biologie, les conventions avec les professionnels du secteur de la santé ne comportent pas de clauses de sauvegarde ou de mécanismes de régulation prix-volume de nature à permettre de circonscrire des dépassements par rapport à la prévision prise en compte dans le cadre de la construction de l'ONDAM annuel.

Comme la Cour l'a évoqué[31], plusieurs types de mesures, visant chacune une catégorie particulière de dépenses, pourraient permettre de mettre en œuvre une telle régulation :

- la constitution d'une réserve à partir d'économies d'effet mécanique, telles que le report de majorations de tarifs décidés dans le cadre conventionnel, ou la mise en réserve d'une partie des dotations forfaitaires ;
- l'introduction d'une conditionnalité à la mise en œuvre de revalorisations conventionnelles, liée au respect préalable d'une norme d'augmentation de la dépense pour des actes ou prestations concernés ;
- la mise en place de clauses de sauvegarde, déclenchant par exemple des baisses de prix temporaires en cas d'augmentation des volumes remboursés excédant un certain seuil, sur le modèle de l'accord avec les laboratoires d'analyses biologiques.

Certaines mesures pourraient voir leurs effets reportés sur l'exercice suivant, notamment quand l'évolution de la dépense gagne à être appréciée en année pleine, comme c'est le cas pour les dépenses de médicament.

La régulation des dépenses d'assurance maladie, tous dispositifs confondus, ne sera par ailleurs pleinement efficace que si les déficits d'exploitation des hôpitaux publics ne constituent pas un point de fuite à la maîtrise des dépenses.

En 2017, le respect de l'ONDAM s'était accompagné d'un quasi-doublement du déficit des hôpitaux (au titre de leur budget principal), qui avait atteint 865 M€ contre 461 M€ en 2016. En 2018, ce déficit a diminué (à 660 M€ selon des données provisoires) sans revenir à son niveau antérieur.

---

[30] Le PLFSS 2020 introduit une clause de sauvegarde pour les dispositifs médicaux, à l'instar du médicament.

[31] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018*, Chapitre II L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une construction et une exécution fragiles, p. 65-100, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Comme la Cour l'a recommandé, la fixation d'une trajectoire d'évolution pour l'ONDAM et pour ses sous-objectifs devrait donc s'accompagner de l'adoption d'un objectif de maîtrise des déficits et de la dette financière des établissements publics de santé.

2 - Des incertitudes affectant les dépenses liées aux retraites

En 2018, la branche vieillesse du régime général et le FSV ont dégagé un déficit de 1,6 Md€. Sur le champ global de l'ensemble des régimes de retraite français légalement obligatoires[32] (y compris FSV et hors régime additionnel de la fonction publique), le Conseil d'orientation des retraites (COR) estime le besoin de financement à près de 3 Md€ en 2018. Selon le PLFSS 2020, le déficit de la branche vieillesse du régime général et du FSV augmenterait en 2019 pour atteindre 4,3 Md€ (contre 1,6 Md€ en 2018).

À horizon de dix ans, à politique inchangée, la situation financière du système de retraite poursuivrait sa dégradation dans l'ensemble des scénarios de croissance tendancielle de la productivité du travail retenus par le COR[33]. Ainsi, le solde global de l'ensemble des régimes de retraite légalement obligatoires se dégraderait continûment jusqu'en 2030 pour atteindre, selon le scénario retenu de productivité du travail et d'autres hypothèses, un niveau compris entre -0,2 % et -0,8 % point de PIB.

Ces scénarios traduisent la conjonction de dépenses qui resteraient stables ou croîtraient légèrement rapportées au PIB et de recettes qui seraient moins dynamiques.

Ces simulations financières défavorables pourraient rendre nécessaires de nouvelles mesures pour assurer l'équilibre du système des retraites d'ici à l'entrée en application de la réforme systémique annoncée. À cet égard, le Premier ministre a demandé au COR de mettre à jour ses projections financières jusqu'à 2030 d'ici la fin novembre 2019.

À plus court terme, en 2021 et 2022, comme anticipé dans la trajectoire financière pluriannuelle de la LFSS 2019, toutes les prestations de retraite seraient indexées en suivant la règle d'indexation légale (soit au 1er janvier). Dans un contexte attendu de hausse de l'inflation et d'une évolution dynamique des effectifs de retraités, le retour au mécanisme

[32] Ce champ contient les régimes de base de salariés du secteur privé (CNAV et MSA salariés), les régimes complémentaires des salariés des secteurs privé (AGIRC-ARRCO) et public (IRCANTEC), les régimes des fonctionnaires (État, collectivités locales et hôpitaux), les régimes non-salariés (indépendants et exploitants agricoles) et les régimes spéciaux (CNIEG, SNCF, RATP, Banque de France notamment).

[33] Conseil d'orientation des retraites, rapport annuel, juin 2019.

d'indexation de droit commun pour l'ensemble des pensions de retraite aurait une incidence significative sur le rythme de leur évolution.

Ces dépenses supplémentaires interviendraient à un moment où le rapport économique, social et financier attaché au projet de loi de finances pour 2020 affiche l'objectif d'une amélioration significative du solde structurel (+1 point de PIB entre 2020 et 2023), permise par une maîtrise renforcée des dépenses des administrations publiques (APU) : celles-ci croîtraient en volume de +0,4 % en moyenne sur 2021-2023, contre une évolution moyenne de +0,7 % sur 2019-2020.

D - Une nécessaire inflexion du rythme de progression des dépenses

La remise en cause, en l'espace d'une année, de l'année de retour à l'équilibre du régime général entre la LFSS 2019 et les prévisions du PLFSS 2020 illustre le fait qu'un retour durable de la sécurité sociale à l'équilibre financier ne peut être assuré par un simple décalage de quelques années d'une trajectoire financière dont les paramètres en recettes et en dépenses seraient maintenus à l'identique, mais exige une action continue sur les dépenses.

En effet, la trajectoire financière du PLFSS 2020 conduit 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. Ce niveau est 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 alors que l'économie française se situe à son niveau potentiel, selon l'évaluation du Gouvernement.

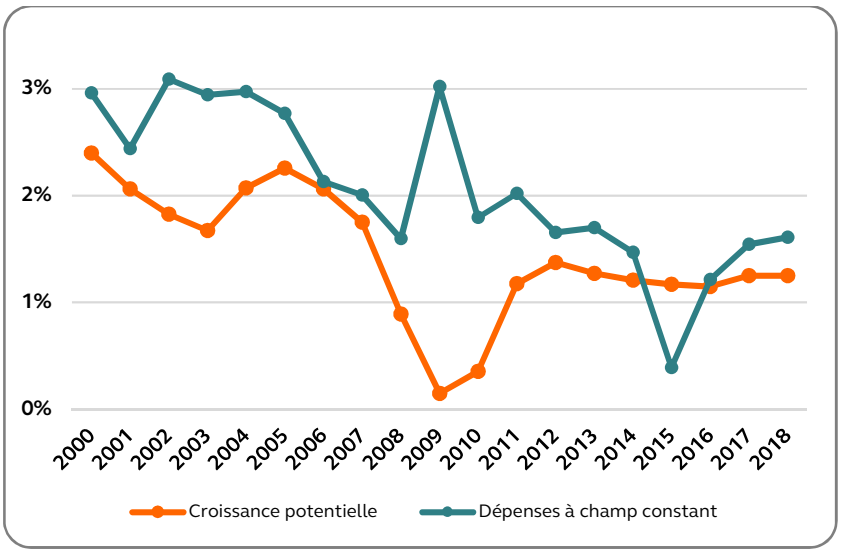
En l'absence de mesures nouvelles en recettes, pour que le régime général se maintienne à l'équilibre en termes structurels[34], ses dépenses ne doivent pas croître plus vite que la croissance potentielle du PIB[35], à

[34] Le solde structurel du régime général et du FSV est évalué à environ -1 Md€ en 2018. Voir Cour des comptes, *La situation financière de la sécurité sociale en 2018 : un solde proche de l'équilibre, des efforts de maîtrise des dépenses à poursuivre*. La Documentation française, juin 2019, 60 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

[35] Variation du PIB potentiel, lui-même défini comme le niveau d'activité soutenable, sans tension sur les facteurs de production, notamment sur les prix et sur les salaires.

laquelle correspond le rythme de croissance tendancielle des recettes qui lui sont affectées. Or, depuis 2000, et à l'exception de l'année 2015, les dépenses de sécurité sociale à champ constant ont systématiquement crû plus vite que la croissance potentielle, et ce bien que le respect de l'ONDAM ait requis de faire chaque année, selon le ministère chargé de la sécurité sociale, de l'ordre de 3 à 4 Md€ d'économies par rapport à l'évolution tendancielle des dépenses d'assurance maladie (graphique n° 6).

Graphique n° 6 : 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 %)



** Le taux de croissance des dépenses des régimes obligatoires de base et du FSV en volume est obtenu en déflatant le taux de croissance de ces mêmes dépenses en valeur par le déflateur du PIB, qui correspond au prix des biens et services produits sur le territoire national.*
Source : Cour des comptes et programme de stabilité d'avril 2019.

Lorsque la croissance de la dépense est supérieure à la croissance potentielle du PIB, le maintien à l'équilibre structurel du régime général et du FSV nécessiterait chaque année des mesures nouvelles venant accroître le niveau des recettes. Compte tenu du niveau atteint par les prélèvements obligatoires, soit 45 % du PIB en 2018, il serait cependant difficile de les augmenter ; dans le projet de loi de finances pour 2020, le Gouvernement affirme d'ailleurs l'objectif d'une baisse du taux de prélèvements obligatoires rapportés au PIB de 45 % à 44,3 % entre 2018 et 2020.

Il n'apparaît pas non plus souhaitable de financer ces mesures nouvelles par des transferts de recettes de l'État à la sécurité sociale, alors que le budget de l'État suit une trajectoire financière divergente de celle de la sécurité sociale : d'après le rapport économique, social et financier attaché au projet de loi de finances pour 2020, le déficit du budget de l'État en comptabilité nationale atteindrait 4 points de PIB en 2020.

En définitive, un retour durable à l'équilibre financier du régime général et du FSV implique de ramener la dynamique des dépenses au niveau de la croissance potentielle ou en deçà de cette dernière.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Alors que l'année 2018 s'est inscrite dans la trajectoire, engagée en 2011, de retour progressif à l'équilibre de la sécurité sociale, 2019 marquera une rupture avec celle-ci.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 avait prévu un retour à l'équilibre de la sécurité sociale en 2019, pour la première fois depuis 2001. Mais, selon le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, le déficit du régime général et du FSV pourrait s'élever à 5,4 Md€ en 2019, après 1,2 Md€ en 2018, soit un écart de 5,5 Md€ avec la prévision de la LFSS 2019.

Le régime général et le FSV ne bénéficieraient pas en 2019 de recettes aussi dynamiques qu'en 2018. D'une part, contrairement à 2018, les mesures nouvelles viendraient diminuer les recettes d'environ 4,5 Md€, du fait notamment du coût des mesures de la loi MUES (soit 2,7 Md€). D'autre part, indépendamment de l'évolution des relations financières entre l'État et la sécurité sociale, la progression de la masse salariale prévue pour 2019 ne serait que de 3,0 %, contre 3,5 % en 2018 et dans la prévision pour 2019 de la LFSS 2019, ce qui entraînerait 1 Md€ de moindres recettes.

Les dépenses resteraient quant à elles dynamiques en 2019, avec une augmentation de 2,5 % à champ constant, après 2,4 % en 2018, contre 2,1 % dans la LFSS 2019, d'où un surcroît de 1,4 Md€ de dépenses par rapport à la prévision. Les dépenses relatives aux prestations de retraite croîtraient un peu moins rapidement qu'en 2018 (+2,7 % contre +2,9 %), mais plus que prévu dans la LFSS 2019 (+2,2 %). S'agissant des dépenses d'assurance maladie, le taux de progression de l'ONDAM a été fixé à 2,5 %, ce qui marque une accélération par rapport à l'augmentation de 2,2 % constatée pour 2018.

En raison de la révision du scénario macroéconomique et de la prise en compte des mesures adoptées ou annoncées depuis la LFSS 2019, le PLFSS 2020 prévoit pour 2020 un déficit de 5,1 Md€ du régime général et du FSV et repousse à 2023 leur retour à l'équilibre. Il revient par ailleurs sur le transfert de 15 Md€ de dette de l'ACOSS à la CADES prévu par la LFSS 2019 au moyen de la réaffectation de recettes de CSG à ce dernier organisme. La dette sociale maintenue à l'ACOSS, financée à court terme et sans solution d'amortissement, qui serait proche de 30 Md€ fin 2019, continuerait ainsi à croître pour atteindre près de 46 Md€ fin 2022.

Le recul de quatre ans, entre la LFSS 2019 et le PLFSS 2020, de l'année du retour à l'équilibre financier de la sécurité sociale intervient alors que l'économie française se situe à son niveau potentiel, selon l'évaluation du Gouvernement.

Un infléchissement du rythme de progression des dépenses est impératif pour assurer le retour à un équilibre durable des régimes de sécurité sociale et du FSV et l'extinction de la dette sociale. Cet effort doit concerner tant les retraites que les dépenses de santé que prend en charge l'assurance maladie, dont l'efficience doit être accrue et la régulation doit être mieux assurée en cours d'année, y compris pour les soins de ville, tout en maîtrisant les déficits des établissements hospitaliers.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

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).*

Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial de la sécurité sociale pour l'exercice 2018

PRÉSENTATION

En application des dispositions de l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour exprime un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre par branche et sur la cohérence du tableau patrimonial relatifs au dernier exercice clos, en l'espèce l'exercice 2018. Ces documents seront soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Les tableaux d'équilibre correspondent à des comptes de résultat combinés[72] couvrant, respectivement, l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, le régime général, ainsi que les organismes concourant au financement des régimes précités. Cette dernière catégorie comprend un seul organisme : le Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Depuis l'exercice 2016, le tableau d'équilibre du régime général intègre, à la suite de la mise en place de la protection universelle maladie, la plupart des charges et des produits de l'ensemble des branches maladie des régimes obligatoires de base de sécurité sociale. En 2018, le déficit agrégé du régime général et du FSV s'est établi à 1,2 Md€, contre 5,1 Md€ en 2017. Celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV a atteint 1,4 Md€, contre 4,8 Md€ en 2017.

Le tableau patrimonial correspond à un bilan combiné des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement (FSV), à l'amortissement de leur dette (Caisse d'amortissement de la dette sociale – CADES) et à la mise en réserve de recettes à leur profit (Fonds de réserve pour les retraites – FRR). Par rapport à 2017, les capitaux propres qui y sont retracés (-77 Md€ au 31 décembre 2018) se sont améliorés de 11,6 Md€ et l'endettement financier net de la sécurité sociale (86,8 Md€ fin 2018) s'est réduit de 16,1 Md€.

Les comptes des entités intégrées aux tableaux d'équilibre et au tableau patrimonial font l'objet d'une certification obligatoire par la Cour (branches et activité de recouvrement du régime général, État) ou, sauf exception, par des commissaires aux comptes (autres entités).

[72] Le terme de combinaison désigne la consolidation des comptes d'entités qui n'ont pas de liens capitalistiques entre elles, mais qui entretiennent des relations suffisamment étroites pour justifier l'établissement de comptes communs dans lesquels sont éliminées leurs opérations réciproques.

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

I - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre 2018

L'article LO. 111-3 (I- A. 1°) du code de la sécurité sociale dispose que, dans sa partie comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos, la loi de financement de la sécurité sociale « approuve les tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et des organismes concourant au financement de ces régimes ».

Pour l'application de ces dispositions, sont soumis à l'approbation du Parlement, dans le cadre du projet de loi de financement annuel, trois tableaux d'équilibre distincts relatifs au dernier exercice clos : le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale mentionnés dans la liste triennale annexée au projet de loi de financement pour 2018, présenté par branche, le tableau d'équilibre du régime général, également présenté par branche, et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes précités, cette dernière catégorie se limitant au Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

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

Établis par la direction de la sécurité sociale, les tableaux d'équilibre ont pour finalité d'assurer l'information du Parlement sur le solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général et du FSV. Les règles retenues pour leur élaboration sont mentionnées à l'annexe 4 au projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Les tableaux d'équilibre se présentent sous la forme de comptes de résultat retraités et simplifiés comprenant trois agrégats : le « solde », le montant total des « recettes » et le montant total des « dépenses ».

Bien que conforme aux dispositions de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, cette terminologie n'a pas le même sens que pour la comptabilité budgétaire de l'État. Ces « recettes » et ces « dépenses » ne correspondent pas à des recettes encaissées et à des dépenses décaissées, mais à des produits et à des charges d'une comptabilité générale établie en droits constatés[73], auxquels certains retraitements sont apportés ; de même, le « solde » correspond à un résultat de comptabilité générale, et non à un solde de trésorerie.

Par nature, la mention de montants globaux de produits et de charges fournit une information réduite sur la formation des soldes soumis à l'approbation du Parlement. L'annexe 4 au projet de loi de financement détaille ces produits et charges par nature et en commente l'évolution par rapport à l'exercice précédent et aux prévisions.

A - Les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2018

Les tableaux d'équilibre présentés ci-après figureront dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 soumis à l'approbation du Parlement.

La Cour n'a pas été rendue destinataire par la direction de la sécurité sociale du projet d'annexe 4 au projet de loi de financement, qui contient des informations intéressant les tableaux d'équilibre (modalités d'établissement, détail des recettes et des dépenses, analyse des évolutions par rapport à 2017 et par rapport aux prévisions 2018).

Depuis l'exercice 2016, le tableau d'équilibre de la branche maladie du régime général intègre, à la suite de la création de la protection universelle maladie (PUMa), les charges et produits liés aux droits de base des régimes financièrement intégrés au régime général (qui correspondent aux prestations servies par le régime général).

Au titre de l'exercice 2018, les projets de tableaux d'équilibre transmis à la Cour font apparaître un déficit agrégé des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV de 1,4 Md€, contre 4,8 Md€ en 2017. Le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, qui atteignait 1,9 Md€ en 2017, a fait place à un excédent de 0,3 Md€ en 2018.

[73] Depuis 1996, la comptabilité des organismes de sécurité sociale doit être tenue en droits constatés.

Le sous-ensemble constitué par le régime général et le FSV a dégagé un déficit de 1,2 Md€, après un déficit de 5,1 Md€ en 2017. Le régime général a enregistré un excédent de 0,5 Md€, contre un déficit de 2,2 Md€ en 2017. Le déficit du FSV est passé de 2,9 Md€ en 2017 à 1,8 Md€ en 2018.

Contrairement aux précédents exercices, le solde du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale est inférieur à celui du régime général, en raison notamment du déficit de la CNRACL (-0,6 Md€).

Tableau n° 11 : tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale en 2018 (en Md€)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	211,9	212,7	-0,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,0	13,3	0,7
Vieillesse	236,3	236,3	-0,1
Famille	50,4	49,9	0,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	**498,9**	**498,6**	**0,3**
Fonds de solidarité vieillesse	17,2	19,0	-1,8
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris **Fonds de solidarité vieillesse**	**497,7**	**499,1**	**-1,4**

Source : direction de la sécurité sociale.

La liste triennale annexée au projet de loi de financement pour 2018 mentionne trente-cinq régimes obligatoires de base de sécurité sociale, dont le détail est récapitulé en annexe. En dehors du régime général, les régimes obligatoires de base comprennent douze régimes d'assurance vieillesse, deux régimes d'assurance maladie, huit régimes d'accidents du travail-maladies professionnelles, trois régimes mixtes d'assurance vieillesse et d'assurance maladie, trois régimes mixtes d'assurance vieillesse et d'accidents du travail-maladies professionnelles ainsi que six régimes mixtes d'assurance maladie, d'assurance vieillesse et d'accidents du travail-maladies professionnelles.

Cette liste n'a pas été mise à jour à la suite de la suppression, à compter du 1er janvier 2018, du régime social des indépendants (RSI) et du régime spécial d'assurance maladie du personnel du Port autonome de Bordeaux, ainsi que de l'intégration des fonds communs des accidents du travail des salariés non agricoles (FCAT) et des salariés agricoles (FCATA) aux branches respectives des accidents du travail et des maladies

professionnelles du régime général et de la mutualité sociale agricole (MSA) et de la clôture du régime des chemins de fer de l'Hérault à la suite du décès de son dernier bénéficiaire (février 2017).

Tableau n° 12 : tableau d'équilibre du régime général de sécurité sociale en 2018 (en Md€)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	210,8	211,5	-0,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,7	12,0	0,7
Vieillesse	133,8	133,6	0,2
Famille	50,4	49,9	0,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	**394,6**	**394,1**	**0,5**
Fonds de solidarité vieillesse	17,2	19,0	-1,8
Toutes branches (hors transferts entre branches), y **compris Fonds de solidarité vieillesse**	**394,5**	**395,8**	**-1,2**

Source : direction de la sécurité sociale.

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

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	17,2	19,0	-1,8

Source : direction de la sécurité sociale.

B - Avis de la Cour

Conformément aux dispositions de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005, la Cour exprime un « avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos ».

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

apprécie la qualité de l'information procurée au Parlement dans le cadre et à l'appui des tableaux d'équilibre.

En outre, l'appréciation de la Cour tient compte des opinions exprimées sur les comptes des régimes de sécurité sociale et du FSV par leurs auditeurs externes (Cour des comptes pour les branches et l'activité de recouvrement du régime général, commissaires aux comptes dans le cadre d'une mission d'audit légal pour la plupart des autres régimes et pour le FSV, et commissaires aux comptes agissant en tant qu'auditeurs contractuels pour certains régimes[74]).

⁂

En application du 2° du VIII de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, auquel renvoie l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour a procédé à des vérifications sur les tableaux d'équilibre de l'exercice 2018 établis par la direction de la sécurité sociale, qui seront soumis à l'approbation du Parlement à l'article premier du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

À l'issue de ces vérifications et sur le fondement des éléments d'information qui lui ont été communiqués par la direction de la sécurité sociale, la Cour estime que les tableaux d'équilibre précités fournissent une représentation cohérente des recettes, des dépenses et du solde qui en découle. Elle formule néanmoins les [trois] observations suivantes :

1. à la date de ses constats, la Cour n'a pas été rendue destinataire du projet d'annexe 4 au projet de loi de financement qui contient des informations intéressant les tableaux d'équilibre (modalités d'établissement, détail des recettes et des dépenses, analyse des évolutions par rapport à 2017 et par rapport aux prévisions 2018) ;

2. les tableaux d'équilibre sont établis en procédant à des contractions de produits et de charges non conformes au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale pour l'établissement des comptes sociaux (cf. C- 1 *infra*) ;

3. les réserves formulées par la Cour dans le rapport de certification des comptes de 2018 du régime général de sécurité sociale et les opinions émises par les commissaires aux comptes soulignent les limites qui continuent d'affecter la fiabilité des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés aux tableaux d'équilibre pour l'exercice 2018, sous l'effet, notamment, de faiblesses persistantes des dispositifs de contrôle interne et de difficultés comptables (cf. C- 2 *infra*).

[74] Sur cette question, voir C- 2 *infra*.

C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour

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

Au-delà des opérations de neutralisation des produits et charges réciproques entre les entités comprises dans leur champ décrites dans l'annexe 4 au projet de loi de financement, les tableaux d'équilibre sont présentés en regroupant en recettes les produits et charges qui concernent les prélèvements sociaux affectés aux régimes de sécurité sociale et en dépenses les charges et produits qui concernent les prestations dont ils assurent le versement.

Cette présentation induit des contractions de produits et de charges, qui conduisent à intégrer aux tableaux d'équilibre :

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

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

De ce fait, elles minorent les montants des produits et des charges par rapport à ceux retracés dans les comptes annuels des régimes de sécurité sociale et du FSV (à hauteur de 15,8 Md€ pour l'ensemble des régimes, dont 14,4 Md€ pour le régime général et 0,4 Md€ pour le FSV).

Ainsi, seuls les soldes figurant dans les tableaux d'équilibre correspondent à l'agrégation des soldes comptables des régimes, tandis que les recettes et les dépenses diffèrent des charges et des produits arrêtés selon le référentiel comptable des organismes de sécurité sociale.

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

À l'exception de régimes de petite taille auxquels s'attachent des enjeux financiers très limités, les comptes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale mentionnés dans la liste triennale annexée au projet de loi de financement pour 2018 ainsi que ceux du FSV ont fait l'objet, selon les cas :

- d'une certification par la Cour (régime général de sécurité sociale, État, Assemblée nationale) ;
- d'une certification par un ou plusieurs commissaires aux comptes (douze régimes et le FSV) ;
- contrairement aux dispositions législatives qui prévoient une certification et, donc, un audit légal, d'un audit contractuel effectué par les commissaires aux comptes de l'organisme auquel la gestion de ces régimes a été déléguée[75].

Le tableau ci-après présente une synthèse des opinions exprimées par les auditeurs externes.

[75] Régimes gérés par la Caisse des dépôts et consignations, à l'exception de la CNRACL, ainsi que le régime de retraite de la Banque de France.

Tableau n° 14 : opinions exprimées par les auditeurs externes sur les états financiers de l'exercice 2018 des régimes obligatoires de base et du FSV[76]

	Branches/organismes nationaux du régime général	Autres régimes	En % des charges brutes 2018
Certification sans réserve(s)	-	20 régimes, dont, pour la première fois, l'établissement national des invalides de la marine	8,6 %
Absence de réserve (régimes sans personnalité morale distincte)	-	Régime des pensions des agents de l'État ; régime de retraite de l'Assemblée nationale	9,2 %
Certification avec réserve(s)	Les quatre branches (maladie, AT-MP, vieillesse et famille) et l'activité de recouvrement du régime général	Régimes des salariés et des non-salariés agricoles ; Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes ; Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales ; Caisse de retraites du personnel de la RATP ; Fonds de solidarité vieillesse	82,2 %
Régimes à enjeux limités	-	Un régime (ex-Seita, en extinction)	Non significatif

Source : Cour des comptes.

[76] Par rapport aux 35 régimes mentionnés dans la liste annexée au projet de loi de financement pour 2018, figurent ici 29 régimes (regroupement en un seul régime - le régime agricole - des régimes des salariés et des non-salariés agricoles ; intégration à compter du 1er janvier 2018 au régime général du régime social des indépendants, du régime spécial d'assurance maladie du personnel du Port autonome de Bordeaux et du fonds commun des accidents du travail ; intégration au régime agricole du fonds commun des accidents du travail agricole ; clôture du régime des chemins de fer de l'Hérault).

a) Les positions exprimées par la Cour sur les comptes des branches et de l'activité de recouvrement du régime général

Pour la sixième année consécutive, la Cour a certifié les comptes de toutes les entités du régime général de sécurité sociale, tout en formulant 29 réserves[77].

La levée de 28 points d'audit confirme la poursuite de progrès en matière de contrôle interne dans l'ensemble des branches, mais aussi les difficultés rencontrées pour franchir un nouveau palier dans la maîtrise des risques de portée financière auxquels sont exposées leurs activités.

Le renforcement, par la branche maladie, des dispositifs de contrôle interne s'est poursuivi en 2018, à travers le déploiement des référentiels nationaux par processus, qui intègrent le service médical. Les processus de production présentent cependant des fragilités persistantes, liées notamment à l'insuffisance des contrôles embarqués dans les systèmes d'information, s'agissant du règlement des frais de santé facturés par les professionnels et les établissements de santé. En outre, la fréquence et l'incidence financière des erreurs qui affectent les indemnités journalières nouvellement mises en paiement ont continué à se dégrader en 2018.

Dans la branche AT-MP, malgré la mise en place d'un nouveau référentiel de contrôle interne, des faiblesses continuent d'affecter de même la fiabilité des prestations mises en paiement. Les fragilités des échanges de données entre caisses primaires et les organismes tarificateurs affectent la correcte détermination des taux bruts entrant dans le calcul des taux de cotisations sociales au titre du risque professionnel.

Dans la branche famille, les dispositifs de contrôle interne ont été adaptés afin de répondre aux évolutions réglementaires, mais les risques financiers restent insuffisamment maîtrisés, comme en témoigne la dégradation des indicateurs relatifs aux montants d'erreurs affectant les prestations versées. La prime d'activité, le RSA et les aides au logement concentrent 85 % des erreurs non détectées à titre définitif par les dispositifs de contrôle interne mis en œuvre par la branche ; la plupart de ces erreurs sont liées aux données déclarées par les allocataires.

Dans la branche vieillesse, dans le contexte d'une augmentation du nombre de demandes de retraite, les indicateurs relatifs à la fréquence et à l'incidence financière des erreurs qui affectent les retraites nouvellement

[77] Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale, exercice 2018*, La Documentation française, mai 2019, 63 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

attribuées se sont à nouveau dégradés. Ce constat traduit les fragilités persistantes des dispositifs de contrôle interne applicables aux régularisations de carrière et à la liquidation des droits des assurés.

La fiabilité des dispositifs de maîtrise des risques demeure également insuffisante dans l'activité de recouvrement et les systèmes d'information conservent des faiblesses de nature à faire peser des risques sur le recouvrement des prélèvements sociaux. Des difficultés ont également été observées dans la gestion des rejets de déclarations sociales nominatives (DSN).

b) Les opinions exprimées par les commissaires aux comptes sur les comptes des autres régimes et du FSV

Comme depuis 2016, les états financiers du FSV ont été certifiés par son commissaire aux comptes sous une réserve, motivée par l'absence de dispositif de financement externe des dettes du fonds vis-à-vis de la branche vieillesse du régime général (soit 8,3 Md€ fin 2018). Ces dettes correspondent aux déficits du fonds qui n'ont pas été repris par la CADES.

Les commissaires aux comptes du régime agricole ont maintenu une réserve pour limitation aux travaux d'audit au titre des flux notifiés par la branche maladie et l'activité de recouvrement du régime général ainsi que par l'État, en raison des réserves exprimées par la Cour sur les états financiers de ces entités. Une réserve pour limitation a également été émise sur les cotisations sociales salariés et les comptes rattachés du fait d'anomalies dans la répartition par branche des cotisations comptabilisées et de l'absence de rationalisation de la variation des cotisations salariés par rapport aux exercices précédents.

En l'absence de réconciliation des montants comptabilisés en créances et en dettes entre la Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC) et la CNAM, le commissaire aux comptes a émis une réserve pour limitation sur les états financiers de la CAVIMAC.

Comme les exercices précédents et en l'absence de transmission par l'ACOSS des données individuelles pour 2016, 2017 et 2018 relatives au régime des micro-entrepreneurs, les commissaires aux comptes de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) ont estimé ne pas être en mesure de se prononcer sur l'exhaustivité et la fiabilité des cotisations comptabilisées par l'une de ses sections professionnelles, la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse des professions libérales (CIPAV).

En l'absence de contrôles sur les assiettes déclarées par la RATP, qui permettraient de s'assurer de la conformité et de l'exhaustivité des bases servant à l'évaluation des cotisations dues, les commissaires aux comptes de la CRP RATP ont émis une réserve sur les états financiers de la caisse.

Pour la première fois, les états financiers l'établissement national des invalides de la marine (ENIM) sont certifiés sans réserve par ses commissaires aux comptes, en raison des progrès intervenus en matière de contrôle interne.

Les comptes des autres régimes ont été certifiés sans réserve.

II - Avis de la Cour sur la cohérence du tableau patrimonial au 31 décembre 2018

En application de l'article LO. 111-3 (I- A. 3°) du code de la sécurité sociale, est soumis à l'approbation du Parlement un rapport figurant à l'annexe A du projet de loi de financement de la sécurité sociale retraçant la situation patrimoniale, au 31 décembre du dernier exercice clos, des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement (Fonds de solidarité vieillesse - FSV -), à l'amortissement de leur dette (Caisse d'amortissement de la dette sociale - CADES -) ou à la mise en réserve de recettes à leur profit (Fonds de réserve pour les retraites - FRR -) et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents et la couverture des déficits constatés relatifs au dernier exercice clos.

Selon l'article LO. 111-4 (II-) du code de la sécurité sociale, ce rapport présente un tableau, établi au 31 décembre du dernier exercice clos, retraçant la situation patrimoniale des entités précitées.

Élaboré par la direction de la sécurité sociale, le tableau patrimonial a pour objet d'assurer l'information du Parlement sur la situation patrimoniale de la sécurité sociale et de ses principales composantes. À cette fin, il consolide l'ensemble des bilans des régimes et organismes compris dans son périmètre, après neutralisation des actifs et passifs réciproques de ces entités.

Les règles retenues pour son élaboration et la consistance de ses rubriques sont détaillées à l'annexe 4 au projet de loi de financement de la sécurité sociale, où sont, par ailleurs, justifiés les besoins de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à l'emprunt.

Le périmètre du tableau patrimonial est moins étendu que celui de la loi de financement de la sécurité sociale, puisque certains régimes en sont écartés, soit en l'absence de bilan, soit parce que le montant total de leur bilan est inférieur à 30 M€ et qu'ils ne sont, par ailleurs, pas autorisés à recourir à l'emprunt par la loi de financement de l'année.

A - Le tableau patrimonial au 31 décembre 2018

Le tableau patrimonial au 31 décembre 2018 présenté ci-après, qui sera soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, figurera à l'annexe A visée à l'article 2 de ce projet de loi.

Tableau n° 15 : tableau patrimonial au 31 décembre 2018

ACTIF	2018 (net)	2017 (net)	PASSIF	2018	2017
Immobilisations	**7,3**	**7,4**	**Capitaux propres**	**-77,0**	**-88,5**
Immobilisations non financières	5,0	5,0	Dotations	22,3	23,7
			Régime général	*0,2*	*0,2*
Prêts, dépôts de garantie	1,4	1,5	*Autres régimes*	*6,4*	*5,8*
			CADES	*0,2*	*0,2*
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale	0,9	0,9	*FRR*	*15,5*	*17,6*
			Réserves	21,6	18,8
			Régime général	*5,8*	*2,9*
			Autres régimes	*7,7*	*8,1*
			FRR	*10,1*	*7,7*
			Report à nouveau	-136,9	-143,5
			Régime général	*-5,0*	*-3,4*
			Autres régimes	*-4,3*	*-4,0*
			FSV	*-6,6*	*-0,1*
			CADES	*-121,0*	*-136,0*
			Résultat 2016 en instance d'affectation (FSV)	-	-3,6
			Résultat 2018	14,9	12,6
			Régime général	*0,5*	*-2,2*
			Autres régimes	*-0,2*	*0,2*
			FSV	*-1,8*	*-2,9*
			CADES	*15,4*	*15,0*
			FRR	*0,9*	*2,4*
			Ecart d'estimation (FRR)	1,1	3,5
			Provisions pour risques et charges	**17,5**	**17,2**
Actif financier	**55,8**	**55,6**	**Passif financier**	**142,6**	**158,5**
Valeurs mobilières et titres de placement	43,4	44,7	Dettes représentées par un titre	131,1	152,0
Régime général	*0,0*	*0,0*	*ACOSS*	*23,1*	*27,3*
Autres régimes	*11,5*	*8,7*	*CADES*	*108,0*	*124,7*
CADES	*0,0*	*1,0*	Dettes à l'égard d'établissements de crédit	6,1	5,7
FRR	*31,8*	*35,0*	*Régime général*	*4,8*	*4,2*
Encours bancaire	12,0	9,1	*Autres régimes*	*0,3*	*0,5*
Régime général	*2,2*	*0,9*	*CADES*	*1,0*	*1,0*
Autres régimes	*6,8*	*4,0*	Dépôts reçus	0,4	0,5
FSV	*0,0*	*0,0*	*ACOSS*	*0,4*	*0,5*
CADES	*2,3*	*3,2*			
FRR	*0,7*	*0,9*			
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,5	1,9	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,0	0,2
CADES	*0,4*	*1,3*	*ACOSS*	*0,0*	*0,2*
FRR	*0,1*	*0,6*	Autres	5,0	0,1
			Autres régimes	*4,8*	*0,0*
			CADES	*0,3*	*0,1*
Actif circulant	**77,3**	**82,1**	**Passif circulant**	**57,4**	**57,9**
Créances de prestations	9,1	9,0	Dettes et charges à payer à l'égard des bénéficiaires	29,8	29,8
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	8,5	8,9	Dettes et charges à payer à l'égard des cotisants	2,4	2,7
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et autres impositions	43,2	47,6			
Créances sur entités publiques et organismes de sécurité sociale	10,7	10,7	Dettes et charges à payer à l'égard d'entités publiques	11,0	7,8
Produits à recevoir de l'Etat	0,7	0,8			
Autres actifs	5,2	5,1	Autres passifs	14,2	17,6
Total de l'actif	**140,5**	**145,1**	**Total du passif**	**140,5**	**145,1**

Source : direction de la sécurité sociale.

Le tableau patrimonial au 31 décembre 2018 traduit la poursuite de l'amélioration de la situation patrimoniale de la sécurité sociale, à la suite des évolutions intervenues au cours des deux exercices précédents.

Par analogie avec la présentation des comptes de l'État, le montant présenté en capitaux propres (-77 Md€ au 31 décembre 2018) pourrait être assimilé à la situation nette consolidée des entités entrant dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale.

En 2018, les capitaux propres se sont améliorés de 11,6 Md€, après 12,8 Md€ l'année précédente et 8,1 Md€ en 2016 :

- le résultat net d'ensemble est positif, en 2018, à hauteur de 14,9 Md€, soit une amélioration de 2,4 Md€ par rapport à 2017. Cette évolution s'explique principalement par l'amélioration du solde du régime général, qui passe de -2,2 Md€ à +0,5 Md€ et par la réduction du solde déficitaire du FSV, de -2,9 Md€ à -1,8 Md€. Ce résultat net d'ensemble incorpore le déficit des autres régimes (-0,2 Md€ en 2018, contre +0,2 Md€ en 2017), ainsi que les résultats excédentaires dégagés par la CADES et par le FRR à hauteur, respectivement, de 15,4 Md€ et de 0,9 Md€[78] ;
- le report à nouveau, qui reflète les résultats des années antérieures, apporte une contribution positive à la variation des capitaux propres (à hauteur de 6,6 Md€). Le report à nouveau du FSV se dégrade de 6,6 Md€, compte tenu de l'affectation, en 2018, du déficit de l'exercice 2016 en sus du déficit de l'exercice 2017, les comptes de l'exercice 2016 n'ayant été approuvés par le conseil d'administration du fonds qu'en 2018. Le report à nouveau du régime général se dégrade de 1,6 Md€, du fait, notamment, de l'affectation des déficits pour 2017 des branches maladie (-4,9 Md€) et famille (-0,2 Md€), partiellement compensée par l'excédent des branches AT-MP (1,1 Md€) et vieillesse (1,8 Md€). Le report à nouveau négatif de la CADES se réduit de 15 Md€, soit l'affectation de son résultat 2017, pour s'établir à -121 Md€.

[78] Ces derniers n'ont toutefois pas pour objet de compenser les résultats déficitaires des régimes et du FSV relatifs au même exercice. La CADES a pour mission d'amortir la dette sociale qui lui a été transférée. Son résultat mesure donc sa capacité à réduire son endettement propre. Le FRR concourt au financement à long terme des régimes de retraite de base, après déduction du versement annuel de 2,1 Md€ à la CADES prévu de 2011 à 2024.

L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre le passif[79] et l'actif financiers[80], atteint 86,8 Md€ au 31 décembre 2018. Pour la troisième fois depuis la création du tableau patrimonial, en 2009, il connaît une réduction (de 16,1 Md€ par rapport à 2017), sous l'effet combiné de :

- la diminution de l'endettement financier net du régime général (-5,2 Md€), qui s'établit à 26,1 Md€ au 31 décembre 2018, dont 21,3 Md€ portés par l'ACOSS[81] ;
- la diminution de l'endettement financier net de la CADES (-13,7 Md€), qui s'établit à 106,6 Md€ au 31 décembre 2018. Ses passifs financiers ont baissé de 16,5 Md€, notamment sur les postes relatifs aux papiers commerciaux émis en devises (-7,2 Md€), aux emprunts obligataires (-9,5 Md€) et aux dépôts de garantie reçus (+0,2 Md€). La dégradation de la trésorerie nette de la CADES (-1,9 Md€, contre -1,5 Md€ en 2017) s'explique principalement par les flux de trésorerie liés aux émissions et remboursements de dettes financières (-17,3 Md€ nets, contre -16,4 Md€ en 2017) dans le contexte de l'absence de reprise de nouveaux déficits par cet organisme depuis 2017 (après 23,6 Md€ en 2016). Dans le cadre de l'élaboration du tableau patrimonial, les créances nettes au titre des instruments financiers incluent par ailleurs 0,2 Md€ de dépôts de garantie versés correspondant à des appels de marge (contre 1,1 Md€ en 2017), reclassés du poste « Immobilisations » au poste « Actifs financiers ».

B - Avis de la Cour

Conformément aux dispositions de la loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la Cour exprime un avis sur la cohérence du tableau patrimonial du dernier exercice clos.

[79] Pour l'essentiel, l'endettement social porté par la CADES et par l'ACOSS.

[80] Les actifs financiers sont principalement détenus par le FRR (32,6 Md€), le régime de retraites de la Banque de France (11,1 Md€), la CADES (2,7 Md€), la MSA (2,2 Md€) et l'ACOSS (2,1 Md€).

[81] L'endettement financier net de l'ACOSS au 31 décembre 2018 correspond au montant de ses dettes financières (23,5 Md€), déduction faite du solde de ses disponibilités au bilan (2,2 Md€). Pour l'essentiel, les dettes financières comprennent des titres émis sur les marchés financiers (23,1 Md€, contre 27,3 Md€ en 2017).

À cette fin, la Cour s'assure de l'établissement du tableau patrimonial à partir des données comptables des entités entrant dans son champ, de l'élimination de l'ensemble des actifs et des passifs réciproques de ces entités[82], de la pertinence des autres retraitements des données comptables effectués au regard des principes comptables et de la permanence des méthodes mises en œuvre. De manière générale, elle apprécie la qualité de l'information procurée au Parlement dans le cadre et à l'appui du tableau patrimonial.

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

Dans le cadre des avis qu'elle a portés sur la cohérence du tableau patrimonial des exercices précédents, la Cour a relevé que les actifs et passifs du régime social des indépendants (RSI) intégrés au tableau patrimonial restaient imparfaitement fiabilisés. À la suite de la suppression de ce régime au 1er janvier 2018, les bilans des régimes de base du RSI au 31 décembre 2017 ont été, en application des dispositions de l'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018[83], intégrés aux bilans d'ouverture de l'exercice 2018 des branches maladie et vieillesse du régime général.

Les rapports d'audit émis par les commissaires aux comptes de la caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants (CNDSSTI) attestent de la conformité des balances combinées transmises aux organismes nationaux du régime général en vue de leur intégration dans les comptes de ce régime. Ces balances retracent les opérations relatives aux activités au titre desquelles la CNDSSTI et les caisses de son réseau apportent leur concours aux caisses nationales du régime général.

[82] La détermination et le rapprochement des actifs et passifs réciproques sont justifiés par des accords de soldes, validés par les agents comptables, ou directement à partir des balances comptables auditées. Plusieurs accords de soldes n'étaient pas disponibles sous leur forme définitive à la date du présent avis. Les montants pour lesquels la réciprocité n'a pu être observée au 31 décembre 2018 sont non significatifs.

[83] Certains postes du bilan consolidé des caisses déléguées pour la protection sociale des travailleurs indépendants, telles que les immobilisations, ne seront intégrés aux comptes des branches concernées du régime général qu'au 1er janvier 2020.

L'ensemble des éléments communiqués à la Cour par les commissaires aux comptes de la CNDSSTI fournissent une assurance raisonnable quant à la correcte ventilation des actifs et passifs de la CNDSSTI entre les régimes de base intégrés au tableau patrimonial et ceux des régimes complémentaires qui n'en relèvent pas.

⁂

En application du 2° du VIII de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, auquel renvoie l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour a procédé à des vérifications sur le projet de tableau patrimonial au 31 décembre 2018 établi par la direction de la sécurité sociale, qui figurera à l'annexe A soumise à l'approbation du Parlement à l'article 2 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, ainsi que sur les éléments d'information qui seront intégrés aux annexes A et 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour cette même année.

À l'issue de ces vérifications, la Cour estime que le tableau patrimonial qui sera soumis à l'approbation du Parlement à l'article 2 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 fournit une représentation cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2018.

Elle formule néanmoins l'observation suivante :

- les réserves formulées par la Cour dans le rapport de certification des comptes de 2018 du régime général de sécurité sociale et les opinions émises par les commissaires aux comptes de certains des autres régimes soulignent les limites qui continuent d'affecter la fiabilité des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés au tableau patrimonial, sous l'effet, notamment des faiblesses des dispositifs de contrôle interne et de la persistance de difficultés comptables (cf. C- *infra*).

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

1. les dettes comptabilisées par le FRR à l'égard de la CADES (12,6 Md€ au 31 décembre 2018)[84] ont été réintégrées à ses capitaux propres, en diminution de « dotations » du fonds[85], compte tenu de l'absence de comptabilisation par la CADES de créances réciproques sur le FRR[86]. Ce reclassement n'a pas d'incidence sur le montant total des capitaux propres retracés par le tableau patrimonial, mais uniquement sur leur ventilation entre la CADES et le FRR ;
2. en application de la réglementation comptable[87], le FRR comptabilise ses instruments financiers à une valeur de marché (31,8 Md€ au 31 décembre 2018) et, au passif de son bilan, un écart positif d'estimation par rapport au coût d'acquisition de ces mêmes actifs (1,1 Md€) ;
3. dans le cadre de l'adossement, en 2005, du financement du régime des industries électriques et gazières (IEG) à la branche vieillesse du régime général, les employeurs des IEG ont versé une soulte de 3,1 Md€ à la CNAV, qui l'a elle-même reversée au FRR, chargé d'en assurer la gestion jusqu'en 2020. Conformément à la réglementation comptable (cf. *supra*), le FRR réévalue à chaque clôture d'exercice les actifs financiers qu'il gère pour le compte de la CNAV (4,9 Md€ au 31 décembre 2018), tandis que la CNAV comptabilise à sa valeur nominale la soulte dont la gestion financière a été confiée au FRR (soit 3,1 Md€ au 31 décembre 2018). Dans le tableau patrimonial, les actifs financiers gérés par le FRR pour le compte de la CNAV au titre de la soulte (soit 4,9 Md€ au 31 décembre 2018) ont pour contrepartie un passif de même montant classé parmi les « autre passifs ». Outre la soulte à sa valeur historique, il comprend un produit constaté d'avance correspondant à l'écart entre les montants comptabilisés respectivement par la CNAV et par le FRR (soit 1,9 Md€), en

[84] En vue de financer une partie des reprises de déficits des branches famille, maladie et vieillesse du régime général et du FSV, la LFSS pour 2011 a prévu le versement par le FRR à la CADES de 2,1 Md€ par an entre 2011 et 2024, soit 29,4 Md€ au total.

[85] Par analogie avec le traitement comptable des versements du FRR aux régimes de retraite alors prévu à partir de 2020 (avis n° 2008-10 du conseil national de la comptabilité - CNC -), les versements du FRR à la CADES sont opérés en premier lieu sur les réserves du fonds et, quand celles-ci sont épuisées, sur ses dotations. De ce fait, dans le tableau patrimonial, le montant restant dû à la CADES a été reclassé dans le poste « dotations » du FRR.

[86] Dans l'annexe à ses comptes, la CADES mentionne ces ressources en tant qu'engagements reçus du FRR (hors bilan).

[87] Avis n° 2003-07 du conseil national de la comptabilité (CNC), modifié par l'avis n° 2008-10 du 5 juin 2008.

conformité avec le traitement de cette opération défini par le Haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale[88] ;

4. le conseil général de la Banque de France a décidé le transfert de 4,7 Md€ d'actifs financiers à la Caisse de réserve des employés de la Banque de France (régime de retraite non doté de la personnalité juridique), dont, au 1er janvier 2018, 3,2 Md€ de titres de placement et 0,9 Md€ de trésorerie adossée à la réserve spéciale et, courant 2018, une dotation complémentaire en trésorerie de 0,7 Md€ provenant de l'affectation à la réserve spéciale d'une partie du résultat excédentaire de la Banque de France au titre de 2017. Ces transferts ont été effectués en contrepartie de la constatation d'une dette d'un montant identique (soit 4,7 Md€). Compte tenu de sa nature particulière, ce passif, comptabilisé par la Banque de France en « Dettes auprès des établissements de crédit » a été reclassé en « Autres dettes » dans le tableau patrimonial[89] ;

5. les titres de participation, inscrits initialement en immobilisations par les entités détentrices, sont reclassés, comme les années précédentes, en valeurs mobilières et titres de placement pour un montant de 3,2 Md€[90] (2,8 Md€ en 2017). Si ces actifs ne répondent pas strictement à la définition comptable des valeurs mobilières de placement[91], ce reclassement permet de présenter l'ensemble des actifs financiers dans une même rubrique « Actif financier ».

[88] Dont les missions ont, depuis lors, été confiées au conseil de normalisation des comptes publics (CNoCP).
[89] Cf. *supra*.
[90] Ces titres, essentiellement détenus par les autres régimes, sont principalement portés par la CNAVPL (1 Md€), la Banque de France (0,6 Md€) et la MSA (1 Md€).
[91] Le plan comptable général (PCG) définit les valeurs de placement comme étant des titres acquis en vue de réaliser un gain à brève échéance (PCG 82, p. I.44), tandis que les titres de participation sont détenus de façon durable et permettent d'exercer une influence sur la société émettrice des titres ou d'en assurer le contrôle (PCG 82, p. I.42).

C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour

Les données comptables intégrées au tableau patrimonial présentent une fiabilité inégale.

S'agissant des entités qui sont comprises dans le champ du tableau patrimonial, mais non dans celui des tableaux d'équilibre, les états financiers du FRR au 31 décembre 2018 ont été certifiés sans réserve par ses commissaires aux comptes, de même que ceux de la CADES[92].

Pour ce qui concerne les régimes et le Fonds de solidarité vieillesse qui sont compris dans le champ des tableaux d'équilibre comme du tableau patrimonial, il est renvoyé aux développements précédents sur les tableaux d'équilibre (cf. I- C- 3- *supra*).

Comme le précisent les opinions de certification avec réserves exprimées par la Cour sur les neufs jeux de comptes du régime général et celles formulées par les commissaires aux comptes sur les états financiers de plusieurs autres régimes (CCMSA, CAVIMAC, CNAVPL, CRPRATP) la fiabilité des données comptables intégrées au tableau patrimonial est affectée, notamment, par des insuffisances des dispositifs de contrôle interne et des difficultés comptables ayant trait à la fiabilité des données notifiées par des entités tierces, aux estimations comptables relatives à l'actif et au passif circulants et aux provisions pour risques et charges.

Enfin, les commissaires aux comptes de la caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants (CNDSSTI) formulent, dans leur rapport d'audit sur les comptes combinés tous risques gérés par cette caisse, une réserve justifiée par l'absence d'évaluation financière, dans les comptes clos au 31 décembre 2018, des conséquences attendues de la cessation définitive des activités de la CNDSSTI, fixée au 31 décembre 2019 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Pour le présent avis, la portée de cette réserve se limite à la quote-part des éléments de l'actif et du passif de la gestion administrative qui, se rapportant au régime général, sont intégrés au tableau patrimonial.

[92] Dans son rapport sur la qualité des comptes des administrations publiques de l'exercice 2013 (Cour des comptes, *La qualité des comptes des administrations publiques,* La Documentation française, octobre 2014, p. 25, disponible sur www.ccomptes.fr), la Cour a estimé qu'au regard des enjeux financiers liés à ses activités, les états financiers de la CADES devraient faire l'objet d'une certification obligatoire en application de dispositions légales à instaurer.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

Au regard des projets communiqués à la Cour, les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial qui seront soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 fournissent une représentation cohérente du résultat et de la situation patrimoniale des entités comprises dans leurs périmètres respectifs au titre de l'exercice 2018.

Cependant, une partie des produits et des charges retracés dans le cadre des tableaux d'équilibre soumis à l'approbation du Parlement restent issus de contractions de produits et de charges non conformes au cadre normatif applicable aux comptes des organismes de sécurité sociale.

La Cour formule, ainsi, la recommandation suivante :

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).*

Comme les années précédentes, les faiblesses constatées dans les dispositifs de contrôle interne et les difficultés d'ordre comptable, relevées par la Cour dans les branches et l'activité du recouvrement du régime général et par les commissaires aux comptes pour certains des autres régimes entrant dans le champ des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial, continuent d'affecter la fiabilité des données comptables intégrées dans ces documents.

Annexe - liste des régimes (hors régime général) intégrés au tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, présentés par branche[93]

	Risque Maladie	Risque Vieillesse	Risque AT/MP
Régimes des salariés			
Régime des salariés agricoles (MSA)	X	X	X
Régimes des non-salariés			
Régime des exploitants agricoles (MSA)	X	X	X
Caisse autonome d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL)		X	
Caisse nationale des barreaux français (CNBF)		X	
Régimes spéciaux			
Régime de retraite des fonctionnaires civils et militaires (SRE)		X	X
Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS)	X		
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la société nationale des chemins de fers français (CPRP SNCF)	X	X	
Caisse de retraite du personnel de la régie autonome des transports parisiens (CRP RATP)	X	X	X
Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)		X	X
Établissement national des invalides de la marine (ENIM)	X	X	X
Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM)	X	X	X
Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN)	X	X	X
Caisse d'assurance vieillesse invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC)	X	X	
Banque de France		X	X
Régime de retraite de l'Assemblée nationale (personnel et anciens députés)		X	
Régime de retraite de l'Opéra national de Paris (CROP)		X	

[93] À la suite des évolutions intervenues au 1er janvier 2018.

	Risque Maladie	Risque Vieillesse	Risque AT/MP
Régime de retraite de la Comédie française (CRCF)		X	
Régime d'assurance vieillesse du personnel du Port autonome de Strasbourg		X	
Ex-SEITA		X	
Régimes gérés par la Caisse des dépôts et consignations			
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)		X	
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État (FSPOEIE)		X	
Rentes accidents du travail des ouvriers civils des établissements militaires (RATOCEM)			X
Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (SASPA)		X	
Allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (FATIACL)			X
Régime d'indemnisation des sapeurs-pompiers communaux non professionnels (RISP)			X
Rentes accidents du travail (département de Paris)			X
Rentes accidents du travail (mairie de Paris)			X
Rentes accidents du travail (assistance publique des hôpitaux de Paris)			X
Régime des cultes d'Alsace-Moselle		X	

Source : Cour des comptes, à partir de la liste des régimes annexée au PLFSS 2018 et après prise en compte des évolutions intervenues en 2018.

Chapitre II

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

PRÉSENTATION

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. Elles concernent les cotisations sociales, les contributions sociales (CSG, CRDS, prélèvements spécifiques sur les revenus du travail et du capital) et les autres impôts et taxes affectés à la sécurité sociale, ainsi que les cotisations des régimes obligatoires de protection sociale de nature conventionnelle (assurance chômage et retraites complémentaires des salariés).

À titre principal, les « niches sociales » comprennent deux grandes catégories. Les exemptions d'assiette, soit l'exclusion totale ou partielle de certains éléments de rémunération de l'assiette soumise à prélèvement ou l'application d'une assiette forfaitaire, sont les plus anciennes et visent pour la plupart à promouvoir des formes particulières de rémunération. Plus récentes, les exonérations, prenant la forme de réductions de taux ou de montants, ont généralement pour objet de réduire le coût du travail, par des allègements généraux de cotisations ou des exonérations de cotisations ciblées sur certains secteurs d'activité, zones géographiques ou publics.

Le coût global de ces dispositifs a beaucoup augmenté ces dernières années, sous l'effet principalement des allègements généraux de cotisations. Selon le tableau de synthèse de l'annexe 5 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, ce coût pour les régimes obligatoires de base et le fonds de solidarité vieillesse (FSV) atteindrait 66 Md€ en 2019, dont 52 Md€ au titre des seuls allègements généraux de cotisations. En réintégrant les principaux dispositifs omis dans cette présentation, la Cour constate que ce coût dépasse 90 Md€.

Les « niches sociales » soulèvent plusieurs enjeux : l'information du Parlement et des citoyens, l'atteinte des objectifs qui leur sont assignés, leur correcte application par les entreprises, leur coût pour les finances publiques et, à montant donné de recettes, l'arbitrage souhaitable entre l'étendue de l'assiette et le niveau du taux de prélèvement, ainsi que les écarts acceptables de traitement entre entreprises et entre salariés.

Malgré de réels progrès, le recensement des « niches sociales » et le chiffrage de leur coût présentent encore des lacunes qui conduisent à minorer ce dernier (I). Ces dispositifs dérogatoires sont insuffisamment encadrés, qu'il s'agisse de l'évolution de leur coût, de l'appréciation de leur efficacité au regard de leurs objectifs ou de la maîtrise des risques liés au recouvrement des prélèvements sociaux (II). Il convient de clarifier la norme de référence des « niches sociales » et de réduire leur coût lorsque leur efficacité n'est pas démontrée (III).

I - 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 FSV sont décrits dans un document particulier, l'annexe 5 aux PLFSS annuels. Depuis le PLFSS 2014, ce document précise la notion de droit commun, aussi appelée norme de référence, à laquelle les « niches sociales » dérogent, par un tableau qui rassemble les taux de référence retenus pour les différents types de prélèvements.

Dans son rapport annuel sur la sécurité sociale de 2013[94], la Cour soulignait que les dispositifs dérogatoires ainsi que leur coût étaient incomplètement recensés dans l'annexe 5. Depuis lors, d'importants progrès ont été accomplis afin d'améliorer ce document essentiel pour la bonne information du Parlement et des citoyens : comme indiqué, des précisions ont été apportées à la définition de la norme de référence, les dispositifs dérogatoires concernant la CSG sont désormais décrits et la méthode d'estimation du coût des exemptions d'assiette a été corrigée.

Selon l'annexe 5 au PLFSS 2019, pas moins de 90 dispositifs distincts s'appliqueraient aux recettes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV. Selon le tableau de synthèse figurant à cette annexe, le coût prévisionnel des « niches » atteindrait 64,2 Md€ en 2019 et, après correction de certaines erreurs matérielles, 66,4 Md€, dont 52 Md€ au titre des seuls allègements généraux de cotisations.

Ces montants correspondent au coût brut des « niches sociales » en fonction des taux de référence retenus pour les prélèvements sociaux. Ils ne sauraient être interprétés comme les recettes supplémentaires pour la sécurité sociale qui résulteraient de la suppression de ces dispositifs dérogatoires, qui s'inscriraient à un niveau nécessairement moins élevé. Dans cette hypothèse en effet, les bénéficiaires des dispositifs dérogatoires prendraient de nouvelles décisions en matière d'emploi, de rémunération des salariés et d'investissement, qui rétroagiraient sur les recettes affectées à la sécurité sociale et, plus globalement, sur les recettes publiques.

[94] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2013*, chapitre V La maîtrise des niches sociales : un enjeu toujours majeur, p. 143-171, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Tableau n° 16 : coût des « niches sociales » d'après le tableau de synthèse de l'annexe 5 au PLFSS 2019 (régimes obligatoires de base de sécurité sociale et FSV, en Md€)

Dispositifs	Annexe publiée	Annexe corrigée d'erreurs matérielles
Allègements généraux	**49,6**	**52,0**
Allègement général dégressif	19,6	19,6
Réduction de 6 points de cotisations maladie	22,2	22,2
Réduction de 1,8 point de cotisations famille	7,5	7,8
Application des réductions maladie et famille aux régimes spéciaux	-	0,5
Baisse de taux de cotisations des travailleurs indépendants	0,4	2,0
Exonérations ciblées	**7,0**	**6,8**
Exemptions d'assiette	**7,6**	**7,6**
Total	**64,2**	**66,4**

Source : Cour des comptes, d'après la version publiée de l'annexe 5 au PLFSS 2019 et sur la base de corrections transmises par la direction de la sécurité sociale.

Toutefois, le recensement et le chiffrage du coût des dispositifs dérogatoires à l'annexe 5 demeurent incomplets. De plus, le tableau de synthèse ne retrace qu'une partie des coûts chiffrés dans ce document. 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.

A - Un recensement incomplet et fluctuant

Dans les annexes 5 aux PLFSS annuels, la norme de référence retenue pour recenser les « niches sociales » n'est pas définie de manière stable, ni toujours appliquée telle quelle. Par ailleurs, selon une interprétation contestable de la notion de perte de recettes, cette norme conduit à exclure certaines prises en charge de cotisations assurées par la sécurité sociale elle-même.

1 - Une norme variable dans le temps et inégalement appliquée, notamment pour les allègements généraux de cotisations

Au gré des années, certaines mesures d'allègement de cotisations sociales sont considérées tantôt comme des « niches », tantôt comme des éléments de la norme dans les annexes 5 aux PLFSS annuels successifs.

Ainsi, après avoir été intégrée à la norme dans l'annexe 5 au PLFSS 2016, la réduction de 1,8 point de cotisations patronales famille est comptée au titre des « niches » dans les PLFSS suivants. Inversement, la réduction de 2,15 points du taux de cotisation famille des travailleurs non salariés a été considérée comme une « niche » dans le PLFSS 2018, puis a été intégrée à la norme dans le PLFSS 2019, ce qui a eu pour effet de réduire de 1,5 Md€ le montant affiché des « niches sociales ».

Par ailleurs, dans l'annexe 5 au PLFSS d'une même année, la liste des dispositifs dérogatoires, ainsi que leur chiffrage ne sont pas toujours cohérents avec la norme de référence indiquée.

Ainsi, dans l'annexe au PLFSS 2019, la réduction de 1,8 point de cotisations patronales famille figure au nombre des « niches sociales », alors que la norme est définie sur la base d'un taux de cotisation famille de 3,45 points, donc déjà minoré de cette réduction. De même, l'annexe recense comme « niches » les taux spécifiques de CSG applicables aux revenus de remplacement et chiffre leur coût par rapport au taux applicable aux revenus d'activité, alors que ces taux spécifiques sont présentés comme participant à la norme de référence.

S'agissant des impôts et taxes affectés à la sécurité sociale, l'annexe 5 au PLFSS 2019 recense des « niches » relatives à la taxe sur les salaires, à la contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS) et aux taxes pharmaceutiques. En revanche, les taux dérogatoires de cotisations sur les alcools outre-mer n'y ont jamais figuré. En cohérence avec la norme de référence affichée, cette omission devrait être corrigée.

Ainsi, les critères de définition de la norme retenus dans les annexes 5 aux PLFSS devraient être explicités, garantir la cohérence des dispositifs recensés avec la norme affichée et être appliqués de manière complète et stable d'un projet de loi de financement à l'autre.

2 - Un périmètre de recensement qui exclut les « niches » relevant de politiques propres à la sécurité sociale

L'annexe 5 ne répertorie pas comme « niches sociales » les dispositifs de prise en charge par l'assurance maladie d'une partie des cotisations sociales des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés,

pour un montant de 2,2 Md€ en 2017, et par la branche famille des cotisations et contributions sociales dues sur les salaires des assistantes maternelles et gardes d'enfant dans le cadre de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), soit 2,4 Md€ en 2017.

Le motif invoqué pour ces exclusions est que les branches de sécurité sociale comptabilisent en produits les prises en charge reçues. Tout comme ceux déjà recensés à l'annexe 5 au titre des politiques de soutien à l'emploi, au pouvoir d'achat ou à la compétitivité, ces dispositifs conduisent néanmoins à réduire le prélèvement supporté par certaines catégories de cotisants par rapport au barème qui leur serait normalement applicable et les recettes de la sécurité sociale prise dans son ensemble, ce qui correspond à la définition d'une « niche sociale ». Dans ces conditions, il conviendrait également de les retracer à l'annexe 5 aux PLFSS annuels.

B - Un chiffrage lui aussi incomplet du coût des « niches »

Toutes les « niches » recensées à l'annexe 5 ne sont pas chiffrées. En outre, des biais méthodologiques viennent minorer le coût des exemptions applicables à l'assiette des prélèvements sur les salaires.

1 - L'absence de chiffrage du coût de nombreux dispositifs

Dans l'annexe 5 au PLFSS, les coûts de nombreux dispositifs d'exemption d'assiette ne sont pas chiffrés. Cette situation concerne non seulement des assiettes forfaitaires dont le coût est difficilement chiffrable faute de données sur les assiettes réelles, mais aussi des assiettes non soumises à cotisations mais déclarées au réel au titre de la CSG, pour lesquelles un chiffrage du coût est donc possible (indemnités des élus locaux et des membres du Conseil économique, social et environnemental notamment).

Le chiffrage du coût des « niches » relatives à la CSG sur les revenus de remplacement vise les seules pensions de base et allocations chômage. Près de 3,5 Md€ de pertes de recettes sont ainsi éludées au titre des retraites complémentaires, ainsi que 0,9 Md€ au titre des indemnités journalières maladie, maternité et AT-MP et des rentes viagères et versements en capital de la branche AT-MP.

Les « niches » répertoriées à l'annexe 5 au titre des impôts et taxes affectés ne sont pas toutes assorties d'un chiffrage. Ces lacunes concernent notamment les exemptions de taxes sur les salaires (indemnités de rupture du contrat de travail, aides diverses consenties par les employeurs), les

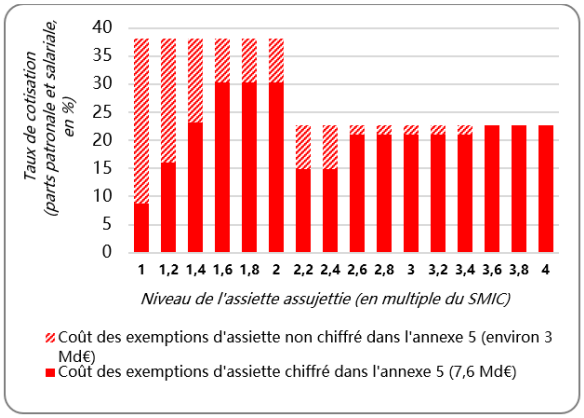
exonérations de contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS) accordées à certains types de coopératives ou encore diverses « niches » relatives aux taxes dont sont redevables les entreprises du secteur pharmaceutique.

L'annexe 5 devrait chiffrer la totalité des dispositifs répertoriés, en donnant la priorité à ceux non encore chiffrés relatifs à la CSG et aux autres impôts et taxes affectés. Par ailleurs, le coût des réductions de cotisations famille et maladie devrait prendre en compte l'incidence de leur application depuis 2019 aux cotisations dues par les employeurs relevant de certains régimes spéciaux (500 M€).

2 - Une présentation qui minore le coût des exemptions d'assiette

Dans l'annexe 5 aux PLFSS annuels, la perte de recettes liée aux exemptions d'assiette est calculée en prenant pour référence, non pas le taux de droit commun correspondant au barème des cotisations sociales, mais un taux moyen effectif, calculé à partir de la distribution des rémunérations des salariés auxquels s'appliquent les exemptions et minoré de l'incidence des réductions liées aux allègements généraux. Or, le coût affiché par ailleurs au titre des allègements généraux porte uniquement sur les assiettes assujetties, à l'exclusion des assiettes exemptées.

Graphique n° 7 : un chiffrage partiel dans l'annexe 5 du coût des exemptions d'assiette des cotisations sociales (régimes obligatoires de base de sécurité sociale)



Lecture : pour un niveau d'assiette assujettie de 1,2 fois le salaire minimum, le coût des exemptions d'assiette des cotisations sociales chiffré dans l'annexe 5 est calculé sur la base d'un taux réduit de cotisation de 16 % et non du taux de droit commun de 38 %.
Note : le taux de cotisation de droit commun retenu pour la branche AT-MP correspond à la moyenne nationale du taux net prévue pour 2018 (2,22 %).
Source : Cour des comptes.

Dans ces conditions, la perte de recettes correspondant à ce qu'induirait l'application des allègements généraux aux assiettes exemptées n'est comptabilisée à aucun endroit dans l'annexe 5. Selon les données fournies par le ministère chargé de la sécurité sociale, cette omission induirait une minoration du coût global des « niches » de près de 3 Md€ en 2019. Ce montant devrait être intégré à l'évaluation du coût des « niches sociales » opérée par l'annexe 5.

Par ailleurs, à l'annexe 5, la perte de cotisations liée aux exemptions d'assiette est minorée du montant des recettes retirées des contributions spécifiques appliquées à certains éléments de l'assiette afin de compenser les exemptions : forfait social, contributions sur les « retraites chapeaux », sur les attributions d'actions gratuites et les stock-options ou encore sur les indemnités de mise à la retraite. Pour 2017, le montant des « niches » à l'annexe 5 est ainsi minoré de 6,2 Md€.

Si ce choix est justifié par l'objet de ces prélèvements, qui visent à faire malgré tout contribuer certaines assiettes au financement de la sécurité sociale, la perte de cotisations liées aux exemptions d'assiette devrait également être présentée pour son montant brut, et non pas seulement pour son montant net des contributions spécifiques.

De plus, la contraction du coût des exemptions et du rendement des contributions spécifiques conduit à occulter les dérogations qui affectent les contributions spécifiques elles-mêmes. À titre d'illustration, des taux réduits ont été instaurés pour le forfait social en 2015 sur certaines assiettes et d'autres sont prévus à partir de 2019, pour un coût de 600 M€. Ces « niches de niches » devraient elles aussi être identifiées dans l'annexe 5.

C - Un coût total des « niches » supérieur à celui affiché dans le tableau de synthèse des PLFSS

1 - Un coût total à majorer d'environ 25 Md€

Comme indiqué, le tableau de synthèse de l'annexe 5 au PLFSS 2019 fait état, après correction d'erreurs matérielles, d'un montant prévisionnel de 66,4 Md€ de « niches sociales » pour 2019 au titre des régimes de base de sécurité sociale et du FSV.

Tableau n° 17 : tableau complété du coût total des principales « niches sociales » en 2019 (régimes obligatoires de base de sécurité sociale et FSV, en Md€)

Dispositifs	Coût estimé
Coût total dans le tableau de synthèse de l'annexe 5 au PLFSS	**64,2**
Correction d'erreurs matérielles	**2,2**
Application des réductions générales de cotisations maladie et famille aux employeurs des régimes spéciaux	0,5
Autres erreurs de sens variable	1,7
Coût total dans le tableau de synthèse de l'annexe 5 au PLFSS corrigé des erreurs matérielles	**66,4**
Dispositifs omis	**4,6**
Prises en charge de cotisations par la sécurité sociale (praticiens et auxiliaires médicaux, PAJE)	4,6
Dispositifs mentionnés mais non chiffrés à l'annexe 5 au PLFSS	**9,1**
Déduction forfaitaire spécifique	1,0
Exclusion partielle des indemnités des élus locaux	0,9
Exonération et taux réduits de CSG sur les revenus de remplacement autres que les retraites de base et les allocations chômage	4,3
Équivalent des allègements généraux sur les assiettes exemptées	2,9
Dispositifs chiffrés à l'annexe 5 au PLFSS mais non repris dans le tableau de synthèse	**11,2**
Abattements d'assiette de CSG représentative de frais professionnels	1,2
Exonération et taux réduits de CSG sur les retraites de base et les allocations chômage	4,3
« Niches » sur les prélèvements sociaux sur le capital	2,1
« Niches » sur les autres impôts et taxes affectés	3,6
Coût total complété et rectifié par la Cour	**91,3**

Source : Cour des comptes, d'après l'annexe 5 au PLFSS 2019, des éléments des rapports de la CCSS et d'autres éléments communiqués par le ministère chargé de la sécurité sociale.

Ce tableau couvre uniquement les « niches » relatives aux cotisations sociales[95] sur les revenus d'activité qui prennent la forme d'exonérations ou d'exclusions d'assiette, à l'exception d'autres dérogations : assiettes forfaitaires au titre des revenus d'activité ; « niches » affectant les prélèvements sociaux sur les revenus de remplacement et du capital, ainsi que les autres impôts et taxes affectés.

[95] Ainsi que les pertes de CSG, qui sont comprises dans le coût indiqué au titre des exemptions d'assiette, sans toutefois que cela soit précisé.

En effet, il reproduit les écueils identifiés *supra* : dispositifs non répertoriés (A -) et dispositifs non ou incomplètement chiffrés (B -). De plus, il n'intègre pas le coût d'autres « niches » (ou subdivisions de « niches ») pourtant détaillé à l'annexe 5.

Après correction des principales lacunes d'information et de diverses erreurs matérielles, et sans même neutraliser l'effet des contributions spécifiques qui minorent le coût brut des exemptions d'assiette (voir B - 2 - *supra*)[96], le montant prévisionnel des « niches sociales » affectées aux régimes de base de sécurité sociale et au FSV ressort à plus de 90 Md€ en 2019, dont 52 Md€ au titre des seuls allègements généraux.

2 - Une distinction à préserver entre le coût des « niches » pour la sécurité sociale et celui pour les entités tierces

L'article LO. 111-4 du code de la sécurité sociale qui prévoit l'annexe 5 aux PLFSS annuels indique qu'elle concerne les prélèvements affectés aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale et aux organismes concourant à leur financement (FSV).

Or, l'extension du champ d'application de l'allègement général dégressif aux cotisations patronales des régimes conventionnels de retraite complémentaire et d'assurance chômage des salariés à compter de 2019 a conduit le ministère chargé de la sécurité sociale à intégrer le coût de cette extension au tableau de synthèse à l'annexe 5 au PLFSS 2019, pour près de 6,7 Md€.

Compte tenu du champ de l'annexe 5 fixé par les dispositions organiques du code de la sécurité sociale, il conviendrait de réserver le tableau de synthèse aux pertes de recettes situées dans le champ de la LFSS.

En revanche, une information sur le coût des « niches sociales » pour les régimes de retraite complémentaire et d'assurance chômage des salariés pourrait être utilement retracée dans une rubrique spécifique, à créer à l'annexe 5. En toute logique, devraient alors être répertoriées dans cette rubrique les pertes de recettes liées aux exemptions d'assiette, qui peuvent être estimées à près de 10 Md€ (au regard d'assiettes exemptées de plus de 50 Md€ en 2017). Le coût de « niches » de moindre importance devrait également y figurer (comme les exonérations en faveur des apprentis et des volontaires pour l'insertion pour les cotisations

[96] Faute d'estimation disponible pour 2019.

d'assurance chômage, pour près de 120 M€ en 2017, et les cotisations ARRCO, soit près de 140 M€).

II - Un encadrement nettement insuffisant du coût des « niches sociales »

Dans son rapport annuel sur la sécurité sociale de 2013[97], la Cour avait souligné que le coût des « niches sociales » était insuffisamment maîtrisé, malgré les démarches d'encadrement de ce dernier et d'évaluation de l'efficacité de ces dispositifs engagées par les lois pluriannuelles de programmation des finances publiques. Cette situation n'a pas évolué. De plus, l'application des dispositifs dérogatoires par les entreprises qui en bénéficient est insuffisamment contrôlée.

A - Un quasi-doublement depuis 2013 du coût affiché des « niches sociales »

Sur le champ couvert par les tableaux de synthèse des annexes 5 aux PLFSS annuels, soit les exonérations et exemptions de cotisations sociales affectées aux régimes de base de sécurité sociale, et après correction d'erreurs matérielles, le coût des « niches sociales » a augmenté de 32,8 Md€ entre 2013 et 2019, passant de 34 Md€ à plus de 66 Md€.

Outre l'effet de l'évolution spontanée de l'assiette des prélèvements (+4,2 Md€), cette hausse résulte de 28,6 Md€[98] de mesures nouvelles[99] entre 2013 et 2019, dont 26,2 Md€ pour les allègements généraux de cotisations sociales, 1,6 Md€ pour les exonérations ciblées et 800 M€ pour les exemptions d'assiette. Une part prépondérante des pertes de recettes correspondantes pour la sécurité sociale est compensée par l'État.

[97] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2013*, chapitre V La maîtrise des niches sociales : un enjeu toujours majeur, p. 143-171, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

[98] Hors le coût de la suppression de 2,15 points de cotisations famille des travailleurs indépendants en 2018 (1,5 Md€), considérée comme une évolution du barème à l'annexe 5 au PLFSS 2019.

[99] Par construction, les mesures de périmètre entre catégories de dispositifs (notamment entre allègements généraux et exonérations ciblées), qui consistent en le remplacement de certains dispositifs par d'autres, n'ont pas d'incidence sur le coût total des « niches ».

Tableau n° 18 : évolution du coût des exonérations et exemptions de cotisations sociales affectées aux régimes de base couvertes par le tableau de synthèse de l'annexe 5 aux PLFSS (2013-2019, en Md€)

Dispositifs	Mesures nouvelles	Mesures de périmètre	Évolution spontanée	Total
Allègements généraux	+26,2	+1,7	+3,4	+31,3
Exonérations ciblées	+1,6	-1,7	-0,2	-0,3
Exemptions d'assiette	+0,8	0	+1,0	+1,8
Total	**+28,6**	**0**	**+4,2**	**+32,8**

Source : calculs Cour des comptes, d'après les annexes aux PLFSS.

Par ailleurs, l'élargissement à compter de 2019 des allègements généraux et de certaines exonérations ciblées aux cotisations des régimes conventionnels de retraites complémentaires et d'assurance chômage des salariés a entraîné une augmentation de 7,2 Md€ du coût prévisionnel des « niches sociales ».

1 - D'importantes mesures nouvelles concentrées sur les allègements généraux

Sur le champ des exonérations et exemptions de cotisations affectées aux régimes de base de sécurité sociale, celui couvert par le tableau de synthèse de l'annexe 5 au PLFSS, les allègements généraux représentent l'essentiel de l'augmentation du coût des « niches sociales ». Leur montant est en effet passé de 20,7 Md€ en 2013 à 52 Md€ en prévision en 2019 (+31,3 Md€).

Au-delà de l'effet de l'évolution spontanée de l'assiette (+3,4 Md€), cette augmentation traduit la création de nouveaux dispositifs et l'extension de dispositifs existants d'allègements généraux, pour un montant total de 27,9 Md€[100]. 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 crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) en des allègements généraux de cotisations[101] et de l'intégration de certaines exonérations ciblées à ces derniers (18 Md€).

[100] Ce montant se décompose en 26,2 Md€ de mesures nouvelles et 1,7 Md€ de mesures de périmètre liées à l'intégration d'exonérations ciblées aux allègements généraux.
[101] Cette réforme s'est traduite par la création d'une nouvelle réduction de 6 points des cotisations patronales maladie jusqu'à 2,5 fois le SMIC et par un renforcement de l'allègement général dégressif (avec un point de sortie restant fixé à 1,6 SMIC).

À titre de comparaison, une seule mesure de réduction du coût des allègements généraux est intervenue depuis 2013 : la prise en compte des temps de pause dans le calcul de l'allègement général dégressif à compter de 2015, pour un montant modeste (200 M€).

Sur le champ des régimes conventionnels (assurance chômage et retraites complémentaires), l'extension de l'allègement général dégressif aux cotisations patronales de retraite complémentaire et d'assurance chômage des salariés est par ailleurs à l'origine de 6,7 Md€ de pertes supplémentaires de recettes en 2019.

Pour une part, la hausse du coût des allègements généraux sur le champ des régimes de base et conventionnels traduit l'intégration à ces derniers de cinq exonérations ciblées[102] en 2019. Cet effet de bascule est à l'origine d'une augmentation de 200 M€ du coût net des « niches sociales » pour les régimes de base de sécurité sociale[103] et de 400 M€ pour les retraites complémentaires et l'assurance chômage. Le surcoût pour les finances publiques s'établit à un niveau moins élevé, de l'ordre de 400 M€, les bénéficiaires de ces réductions percevant auparavant le CICE (à hauteur d'environ 200 M€).

2 - L'absence d'économies nettes sur les exonérations ciblées

Les créations et extensions d'allègements généraux de cotisations entre 2013 et 2019 ne se sont pas accompagnées d'une réduction des pertes de recettes liées aux exonérations ciblées de cotisations sociales.

Sur le champ des exonérations et exemptions de cotisations affectées aux régimes de base de sécurité sociale, et après neutralisation des mesures de périmètre correspondant à l'intégration de certaines exonérations ciblées dans les allègements généraux[104], les mesures nouvelles relatives aux exonérations ciblées se sont en effet traduites par une hausse nette de 1,6 Md€ du coût des « niches sociales ».

[102] Pour les seuls employeurs éligibles aux allègements généraux. Il s'agit des exonérations de cotisations patronales pour les apprentis, pour les contrats de professionnalisation, pour les contrats d'accompagnement dans l'emploi, pour les associations intermédiaires et pour les ateliers et chantiers d'insertion.
[103] Soit une augmentation de 1,5 Md€ du montant affiché des allègements généraux et une diminution concomitante de 1,3 Md€ des exonérations ciblées.
[104] Voir *supra*.

La principale mesure d'augmentation concerne la création, au 1er janvier 2019, d'une exonération de cotisations salariales vieillesse sur les heures supplémentaires, pour un montant de 1,9 Md€[105]. L'ensemble des autres mesures se solde par une modeste économie de 300 M€. En particulier, la refonte en 2019 de trois exonérations ciblées bénéficiant aux entreprises implantées dans les DOM, aux aides à domicile auprès de personnes fragiles et aux travailleurs occasionnels agricoles entraîne une réduction de l'ordre de 150 M€ du coût de ces dispositifs pour les régimes de base de sécurité sociale.

Sur le champ des régimes conventionnels (assurance chômage et retraites complémentaires), les mesures nouvelles relatives aux exonérations ciblées ont quant à elles un coût net de 700 M€. Ce montant correspond à l'élargissement en 2019 aux cotisations de ces régimes des exonérations ciblées relatives aux entreprises implantées outre-mer, aux aides à domicile auprès de personnes fragiles et, pour une période de deux ans, aux travailleurs occasionnels agricoles.

Au total, la révision des trois dispositifs précités se traduit par une augmentation nette de près de 550 M€ du coût des « niches sociales » sur le champ des exonérations et exemptions de cotisations affectées aux régimes de base de sécurité sociale et aux régimes conventionnels. Si l'on ajoute le coût net du basculement de certaines exonérations ciblées vers les allègements généraux (soit 600 M€[106]), les refontes d'exonérations ciblées par la LFSS 2019 augmentent ainsi de près de 1,2 Md€ le coût global des dispositifs dérogatoires. Le surcoût pour les finances publiques s'établit à un niveau moins élevé, voisin de 400 M€, les bénéficiaires de ces mesures percevant auparavant le CICE (à hauteur de 800 M€ environ).

3 - Des pertes de recettes pour la sécurité sociale majoritairement compensées par l'État

Depuis 1994, des dispositions législatives[107] posent le principe d'une compensation financière intégrale par l'État des pertes de recettes subies par les régimes de sécurité sociale du fait de mesures de réduction de cotisations ou de contributions sociales.

---

[105] La LFSS pour 2019 avait fixé au 1er septembre 2019 l'entrée en vigueur de cette mesure, pour un coût de 600 M€ en 2019. La loi du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales a avancé celle-ci au 1er janvier 2019, pour un coût supplémentaire de 1,3 Md€ en 2019.
[106] Voir 1-, dernier paragraphe *supra*.
[107] Codifiées à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

À compter de la loi organique du 2 août 2005 sur les lois de financement de la sécurité sociale, seules des LFSS peuvent autoriser des dérogations à ce principe[108].

Si de telles dérogations ont été systématiquement prévues pour les allègements généraux depuis 2011, elles n'ont visé qu'à permettre des compensations prenant la forme d'affectations de recettes fiscales ou de transferts de dépenses pour solde de tout compte. Ainsi, jusqu'en 2019, le montant des allègements généraux, tel que retracé dans les annexes 5 aux PLFSS annuels, soit près de 52 Md€ en 2019 pour les seuls régimes de base et près de 59 Md€ en tenant compte des régimes conventionnels et d'autres entités (FNAL, CNSA), est effectivement compensé par l'État[109]. Par ailleurs, l'État compense sur crédits budgétaires le coût de la plupart des exonérations ciblées de cotisations sociales, pour 5,6 Md€ en 2019[110].

Toutefois, dans le cadre de la rénovation des relations financières entre l'État et la sécurité sociale annoncée par les pouvoirs publics en amont de la présentation du PLFSS 2019, dans le contexte d'un déficit du budget de l'État toujours élevé, des dérogations au principe de compensation vont désormais être mises en œuvre pour des montants significatifs. Dans la LFSS 2019, 1,6 Md€ de mesures d'augmentation de « niches sociales » ne sont pas compensées. Pour les années suivantes, les lois financières pour 2019 ont prévu de réduire à hauteur de 5 Md€ d'ici 2022 le montant de la compensation au titre de la transformation du CICE en des allègements généraux de cotisations. L'évolution de la trajectoire financière de la sécurité sociale depuis l'adoption de la LFSS 2019 pourrait cependant conduire à ajuster le calendrier ou le montant de la rétrocession de recettes de la sécurité sociale à l'État[111].

---

[108] Ces dispositions sont codifiées à l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

[109] Du reste, le socle des allègements généraux avant le pacte de responsabilité, soit plus de 21 Md€, était surcompensé par l'État pour près de 2 Md€ fin 2016. Voir Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre IV Le pilotage de la trajectoire financière de la sécurité sociale : créer les conditions d'un équilibre durable, p. 163-210, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

[110] Dans l'annexe 5 au PLFSS 2019, les exonérations ciblées non compensées s'élèvent à 1,2 Md€. Sur les 5,6 Md€ destinés à compenser des exonérations ciblées, 2,3 Md€ concernent des exonérations ciblées auparavant non compensées et dont la compensation par la voie de crédits budgétaires à partir de 2017 participe à celle des nouveaux allègements généraux décidés dans le cadre du pacte de responsabilité.

[111] Voir le chapitre 1 du présent rapport, La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un retour à l'équilibre repoussé, une maîtrise des dépenses à renforcer.

En tout état de cause, l'annexe 5 aux PLFSS annuels retrace les seules compensations de « niches sociales » qui prennent la forme de dépenses du budget de l'État. Or ce mode de compensation a aujourd'hui un caractère minoritaire.

Conformément aux dispositions législatives de nature organique du code de la sécurité sociale[112], une annexe 6 au PLFSS est consacrée aux relations financières de la sécurité sociale avec les autres administrations publiques, principalement l'État. Néanmoins, l'objet de l'annexe 5 fixé par ces mêmes dispositions vise « les modalités et le montant de la compensation financière » à laquelle donne lieu l'ensemble des mesures dérogatoires. Dans ces conditions, l'annexe 5 devrait fournir chaque année un bilan complet des compensations assurées par l'État, en regard des montants de « niches » recensées, quel qu'en soit le mode de réalisation : crédits budgétaires, affectation de recettes fiscales, transferts de dépenses.

B - Des mécanismes de plafonnement ou de révision des « niches sociales » de faible portée

Les dispositifs visant à encadrer le coût des dispositifs dérogatoires et à favoriser leur révision en fonction de l'évaluation de leur impact ont aujourd'hui des effets mineurs. Ils devraient être renforcés.

1 - Un plafonnement inopérant du coût global des « niches sociales » par les lois de programmation des finances publiques

Les lois de programmation des finances publiques (LPFP) successives ont instauré diverses formes d'encadrement du coût des « niches sociales ». Sur la période la plus récente, la LPFP 2014-2019 avait ainsi prévu la stabilisation du montant des dispositifs dérogatoires d'une année sur l'autre. La LPFP 2018-2022 a desserré cette contrainte en prévoyant un plafonnement de la part des « niches » dans le total des recettes de la sécurité sociale. Ni l'une, ni l'autre de ces modalités d'encadrement ne semble opérante.

[112] Article LO. 111-4 du code de la sécurité sociale.

a) Une règle de la LPFP 2014-2018 peu suivie et non respectée

La LPFP 2014-2019 avait posé une règle de stabilisation en valeur du montant des « niches sociales ».

Son application n'a fait l'objet d'aucun suivi particulier dans le cadre des PLFSS 2015, 2016 et 2017. Seul le rapport préparatoire au débat d'orientation sur les finances publiques (DOFP) de juin 2017 a fourni des éléments de suivi, mais pour la seule année 2015. Lors de la discussion du projet de LPFP 2018-2022, des éléments relatifs à 2016 ont finalement été portés à la connaissance du Parlement.

À partir des annexes 5 aux PLFSS successifs, la Cour a établi le bilan sur la période 2015-2017 de la mise en œuvre de cette règle et constaté que, quelle que soit l'interprétation susceptible d'être donnée aux exclusions prévues à son périmètre[113], elle n'a pas été respectée.

Fin 2017, le coût total des « niches » sur le périmètre des tableaux de synthèse de l'annexe 5, à méthodologie constante, a ainsi augmenté de près de 2,3 Md€ par rapport à 2014, hors mesures du pacte de responsabilité. En excluant la totalité du coût des allègements généraux, une augmentation, plus limitée, de 0,7 Md€, est encore constatée. Cette progression est toutefois minorée par l'effet baissier de la réduction générale de 1,8 point de cotisations famille sur le montant des exonérations ciblées[114]. En neutralisant cet effet, l'écart par rapport à l'objectif de stabilité atteint près de 1,5 Md€ entre 2014 et 2017.

b) De nouvelles règles de la LPFP 2018-2022 peu contraignantes et dont l'application est mal mesurée

La LPFP 2018-2022 a instauré un dispositif moins contraignant d'encadrement du coût des « niches sociales », en remplaçant le plafond en montant de la précédente loi de programmation par un plafond exprimé en pourcentage des recettes de la sécurité sociale.

---

[113] Exclusion des seules mesures nouvelles de renforcement de l'allègement général dégressif, ou bien de l'ensemble des mesures nouvelles à caractère général (dont la baisse de 1,8 point de cotisations famille jusqu'à 3,5 SMIC) ou encore de l'ensemble du coût des allègements généraux (y compris leur évolution spontanée).

[114] Les taux de cotisations famille utilisés pour évaluer le coût des exonérations ciblées et des exemptions d'assiette ont intégré la réduction de 1,8 point applicable aux salaires inférieurs à 3,5 SMIC. Cela conduit à réduire le coût différentiel des exonérations ciblées et des exemptions sans affecter celui des « niches » prises dans leur ensemble.

Cette règle permet ainsi, si la masse salariale progresse par exemple de 3 %, de donner une marge d'augmentation des dispositifs dérogatoires de plus de 1,8 Md€, couvrant notamment leur évolution spontanée.

De plus, le plafond est fixé à 14 % des recettes, alors que le pourcentage anticipé en 2019 une fois opérée la transformation du CICE en des allègements généraux était estimé à 13,1 %. Au moment de son entrée en vigueur, il laissait ainsi une « marge » de 0,9 point de recettes, soit 4,6 Md€, pour d'éventuelles nouvelles hausses de « niches » non encore décidées.

Par ailleurs, la règle de plafonnement en pourcentage des recettes de la sécurité sociale est de fait appliquée aux seuls dispositifs dérogatoires portant sur les revenus d'activité : si l'article 21 de la LPFP définit le champ d'application de la règle comme correspondant aux « exonérations ou abattements d'assiette et réductions de taux s'appliquant aux cotisations et contributions de sécurité sociale affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement », le champ effectivement pris en compte est celui du tableau de synthèse de l'annexe 5, qui comprend uniquement les dispositifs dérogatoires relatifs aux revenus d'activité. Dès lors, la création d'un nouveau taux réduit de CSG sur les pensions de retraite par la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales du 24 décembre 2018, pour un coût de près de 1,3 Md€ en 2019, échappe à cette contrainte. Il conviendrait au contraire que la règle de maîtrise du coût global des « niches » vise le champ le plus large possible de dispositifs dérogatoires.

Enfin, la vérification du respect de la règle de la LPFP 2018-2022 est dès à présent mal assurée dans l'annexe 5 au PLFSS 2019, qui chiffre à 12,3 % le ratio de coût prévisionnel des « niches » en 2019. Après correction de certaines erreurs et omissions et de certains biais méthodologiques relevés *supra*[115] et prise en compte des amendements votés en LFSS et de la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales (+1,5 Md€), ce ratio se situerait en réalité plutôt à 13,8 %.

[115] Notamment en réintégrant le coût de la baisse de 2,15 points des cotisations famille des non-salariés (+1,5 Md€) et celui de l'extension aux régimes spéciaux des réductions famille et maladie (+0,5 Md€) et en neutralisant l'effet baissier de la réduction de 6 points de cotisations maladie sur le coût des exemptions d'assiette (+1 Md€).

2 - Des évaluations des « niches » sociales sans effet perceptible sur les choix publics

Depuis 2009, les lois de programmation des finances publiques successives posent le principe d'une évaluation de l'efficacité des « niches » sociales. Les deux dernières lois marquent cependant un recul sur ce point : la LPFP 2014-2019 ne prévoyait plus que l'évaluation des mesures à venir ; dans une annexe, la LPFP 2018-2022 se borne à mentionner que la limitation à trois ans de la durée d'application des mesures nouvelles doit inciter à leur évaluation.

De fait, l'évaluation de l'efficacité des dispositifs dérogatoires apparaît partielle et inégalement robuste. De plus, comme l'a relevé la Cour[116], la présentation à l'annexe 5 au PLFSS des résultats des évaluations demeure imprécise. Enfin, lorsque des évaluations constatent l'inefficacité de certaines « niches », celles-ci ne sont que rarement remises en question.

a) Des évaluations partielles et insuffisamment robustes

L'évaluation de l'efficacité des « niches » sociales désigne la mesure de l'effet propre de ces dispositifs sur la réalisation des objectifs qui leur sont fixés. La relation de cause à effet entre le dispositif et la réalisation de l'objectif peut notamment être appréciée à l'aide de méthodes statistiques *ex post* reposant sur l'échantillonnage et la reconstitution d'une situation contrefactuelle, autrement dit de la situation dans laquelle le dispositif considéré n'aurait pas existé, toutes choses égales par ailleurs.

La quasi-totalité des développements sur l'évaluation de l'annexe 5 au PLFSS 2019 s'appuie sur le recensement des travaux d'évaluation de l'efficacité des « niches » effectué en 2011 par le comité d'évaluation des dépenses fiscales et des « niches » sociales[117] et sur une revue de dépenses de 2015 consacrée aux exonérations et exemptions spécifiques[118].

Seuls 12 dispositifs dérogatoires sur les 88 examinés dans ces travaux et figurant toujours à l'annexe 5 au PLFSS 2019 ont été évalués *ex post* par des méthodes statistiques avec contrefactuel. Tel est le cas de l'allègement général dégressif et des exonérations sur les emplois à domicile et les contrats d'apprentissage. En revanche, aucune évaluation

[116] Cour des comptes, *Référé,* Le pilotage et le suivi des allègements généraux de cotisations sociales patronales sur les bas salaires, en tant qu'instruments de la politique de l'emploi, 5 février 2015, 4 p., disponible sur www.ccomptes.fr.
[117] Rapport du comité d'évaluation des dépenses fiscales et niches sociales, juin 2011.
[118] Rapport IGAS-IGF n° 2015-M-016-01, *Revue de dépenses sur les exonérations et exemptions de charges sociales spécifiques*, juin 2015.

de ce type n'a eu lieu pour les cinq exemptions d'assiette de cotisations ou de CSG et CRDS supérieures à 500 M€ en 2017 : intéressement ; retraite supplémentaire et prévoyance complémentaire (santé, invalidité, décès) ; titres restaurant ; avantages accordés au titre des activités sociales et culturelles des comités d'entreprise ; indemnités de rupture du contrat de travail ou de cessation forcée des fonctions pour les mandataires sociaux. Dès lors, une incertitude apparaît par exemple quant à l'effet sur les revenus salariaux des exemptions relatives à l'intéressement et aux titres restaurant, ces avantages étant susceptibles de se substituer à d'autres éléments de rémunération.

Pour 28 autres dispositifs de l'annexe 5 au PLFSS 2019 couverts par le rapport du comité d'évaluation de 2011 ou la revue de dépenses de 2015, leurs effets ne peuvent être approchés de manière robuste par les éléments avancés à cette fin (comparaison de la situation des bénéficiaires et de non-bénéficiaires, sans que ces deux groupes soient toujours comparables ; simple observation de l'évolution d'un indicateur de résultat, qui ne permet pas d'apprécier si le dispositif concerné a eu un effet sur ses bénéficiaires, etc.).

Enfin, pour les 48 dispositifs restants, dont 10 supérieurs à 100 M€, aucun élément d'évaluation de leur efficacité n'est disponible.

b) Une présentation incomplète des résultats des évaluations

Si depuis l'annexe 5 au PLFSS 2016, il est fait mention des résultats des évaluations dans les fiches relatives à chaque dispositif, le niveau de robustesse de la méthode utilisée n'est généralement pas précisé. Ainsi, les développements consacrés à l'exemption d'assiette relative aux stagiaires en milieu professionnel mentionnent que les deux rapports précités ont évalué positivement ce dispositif ; or le seul élément d'appréciation qui y figure pour tenter d'apprécier l'effet propre de l'exclusion d'assiette sur le nombre de stages rémunérés – le taux de recours à ce dispositif – ne permet pas d'établir l'existence d'un lien de causalité.

À l'inverse, pour les dispositifs ayant fait l'objet d'une évaluation *ex post* par des méthodes statistiques avec contrefactuel, cet élément de robustesse n'est généralement pas indiqué. Dans l'annexe 5 au PLFSS 2019, tel est le cas pour la fiche relative aux exonérations de cotisations patronales dans les zones franches urbaines (ZFU), qui fait état d'effets d'aubaine sans mentionner la source[119].

[119] Voir par exemple RATHELOT, Roland, SILLARD, Patrick, Zones franches urbaines : quels effets sur l'emploi salarié et les créations d'établissement ?, *Économie et statistique*, vol. 415, n° 1, 2008, p. 81-96.

Par ailleurs, les éléments d'évaluation du rapport du comité d'évaluation de 2011 et de la revue de dépenses de 2015 ne sont pas systématiquement repris dans les fiches par dispositif de l'annexe 5. Ainsi, la fiche relative à l'exemption de l'assiette de CSG pour les compléments parentaux ne fait état d'aucun élément d'évaluation ; le rapport du comité d'évaluation avait pourtant produit une analyse de ses effets redistributifs, qui ne tenait cependant pas compte des changements de comportement liés à l'existence même du dispositif.

c) Une quasi-absence de prise en compte des évaluations négatives

Les travaux d'évaluation du rapport du comité d'évaluation de 2011 et de la revue de dépenses de 2015 font état de l'évaluation défavorable d'un nombre significatif de « niches » sociales.

Parmi les 56 dispositifs de l'annexe 5 au PLFSS 2019 sous revue dans le rapport de 2011, 16 sont considérés comme inefficaces car ne produisant pas les effets attendus au regard des objectifs assignés, dont sept parmi les dispositifs d'un coût supérieur à 100 M€ en 2015 : indemnités de rupture du contrat de travail ou de cessation forcée des fonctions de mandataires sociaux ; titres restaurant ; chèques vacances ; chèque emploi service universel préfinancé par le comité d'entreprise ; compléments parentaux ; taxe sur les salaires et travailleurs indépendants en outre-mer.

Quant aux 73 dispositifs de l'annexe 5 au PLFSS 2019 examinés par la revue de dépenses de 2015, 25 sont évalués négativement, dont 12 parmi les dispositifs supérieurs à 100 M€ en 2015. Ce recensement ne distingue cependant pas les évaluations de l'efficacité et les travaux limités à l'analyse de critères d'efficience.

Or les dispositifs dérogatoires évalués négativement sont rarement révisés. Si l'on met à part les évolutions ayant paradoxalement conduit à élargir le champ des dispositifs, sur les 19 dispositifs considérés comme inefficaces par le rapport de 2011, seuls neuf ont été modifiés et trois supprimés. De même, sur les 27 dispositifs évalués négativement par la revue de dépenses de 2015, seuls 10 ont été modifiés et cinq supprimés.

Outre la présentation incomplète des résultats d'évaluation à l'annexe 5 aux PLFSS annuels, le faible niveau de robustesse des évaluations négatives concourt vraisemblablement à expliquer leur rare prise en compte. En particulier, sur les sept dispositifs supérieurs à 100 M€ évalués négativement par le rapport de 2011, aucun n'avait fait l'objet d'une évaluation par des méthodes statistiques *ex post* avec contrefactuel.

C - Des risques encore insuffisamment pris en compte pour le recouvrement des prélèvements sociaux

Au regard des enjeux financiers, le réseau des URSSAF devrait s'attacher à réduire plus fortement les risques liés à l'application des dispositifs dérogatoires par les entreprises, en ciblant plus efficacement les contrôles d'assiette, et, en amont, en détectant et en corrigeant un nombre accru d'anomalies dans les déclarations elles-mêmes.

1 - Les « niches » sociales, second motif de régularisation des déclarations des cotisants après le travail dissimulé

Les dispositifs dérogatoires à l'assujettissement aux prélèvements sociaux sont l'une des principales sources d'irrégularités déclaratives de ces derniers. Dans le cadre des contrôles sur pièces et sur place réalisés par les URSSAF, en 2017, les régularisations[120] liées aux montants d'assiette ou de réduction déclarés à ce titre ont atteint 350 M€, soit 24 % du total des régularisations, ce qui en fait le second motif après le travail dissimulé (34 % des régularisations). À cet égard, le repli sur la période récente de la part des régularisations liées aux « niches » (elle atteignait 35 % en 2013) résulte en partie du quasi-doublement des régularisations liées au travail dissimulé (489 M€ en 2017, contre 261 M€ en 2013).

La place des dispositifs dérogatoires parmi les motifs de régularisation découle notamment de la complexité et de l'instabilité des règles. Ainsi, d'après l'ACOSS[121], l'intégration en 2015 de nouveaux prélèvements dans le champ de l'allègement général dégressif aurait suscité de nombreuses irrégularités déclaratives. Encore aujourd'hui, l'annualisation en 2011 du calcul de l'allègement général dégressif engendre de telles irrégularités.

En outre, les erreurs déclaratives des entreprises et de leurs mandataires (experts comptables) sont favorisées par la multiplicité[122] des rubriques déclaratives (« code type personnel » ou CTP) à utiliser, l'application de logiques différentes à la définition de l'objet de ces rubriques et l'imprécision de la définition même de cet objet pour une partie d'entre elles.

---

[120] Les régularisations correspondent à la somme, en valeur absolue, des redressements (sommes versées par les entreprises aux URSSAF) et des restitutions (sommes reversées par les URSSAF aux entreprises).

[121] ACOSS, *Rapport d'activité thématique 2016 relatif au contrôle et à la lutte contre la fraude au prélèvement social*, juillet 2017.

[122] 9 CTP possibles pour les exonérations ciblées dans les DOM ; 7 pour les apprentis.

2 - Un ciblage des contrôles sur place qui ne tient pas nécessairement compte des risques liés aux « niches » sociales

Les contrôles comptables d'assiette réalisés sur place par les inspecteurs des URSSAF représentent l'essentiel des régularisations issues des contrôles visant la détection d'irrégularités sur des assiettes déclarées[123].

À ce titre, les TPE-PME font l'objet de contrôles ponctuels. En 2018, 80 % des TPE-PME contrôlées ont été sélectionnées sur la base de critères définis de manière autonome par les URSSAF, sans que ces dernières ne soient tenues de retenir les critères susceptibles de révéler des irrégularités liées aux dispositifs dérogatoires (comme la présence de certaines rubriques déclaratives ou le nombre de rubriques utilisées).

Afin de mieux prendre en compte les risques les plus significatifs, l'ACOSS développe depuis 2014 une nouvelle méthode de ciblage des contrôles par exploration de données (*data mining*), qui consiste à sélectionner les entreprises à l'aide d'une prédiction du risque d'irrégularité issue d'un modèle statistique établi à partir d'un large éventail de données historiques. Cependant, en 2018, seules 12,5 % des TPE-PME contrôlées ont été sélectionnées par cette méthode ; l'ACOSS a pour objectif de porter ce taux à 20 % en 2019.

Conformément à la convention d'objectifs et de gestion (COG) avec l'État pour les années 2018 à 2022, l'ACOSS devrait développer la part des contrôles ciblés par exploration de données, en outillant les URSSAF à cette fin et en renforçant le dialogue de gestion avec ces dernières sur les points réglementaires effectivement couverts lors de contrôles sur place.

3 - Des contrôles automatisés de cohérence loin d'exploiter tout le potentiel de la DSN

Afin de favoriser la détection et la régularisation à grande échelle des incohérences et irrégularités qui affectent les déclarations de prélèvements sociaux, les URSSAF effectuent des contrôles automatisés de cohérence d'une partie des données déclarées. Toutefois, parmi les

[123] Les contrôles comptables d'assiette représentaient, en 2016, 62 % du montant total des régularisations, contre 1 % pour les contrôles partiels d'assiette sur pièces. Ces deux types de contrôles se distinguent des actions contre le travail illégal (37 % des régularisations), qui visent davantage la détection d'assiettes non déclarées.

18 « niches » dont le coût dépasse 100 M€, seules huit faisaient l'objet de tels contrôles en 2018[124].

À cet égard, les contrôles automatisés de cohérence relatifs à ces dispositifs n'épuisent pas les possibilités offertes par la déclaration sociale nominative (DSN), généralisée courant 2017 à l'ensemble des employeurs du secteur privé.

Conformément à ses engagements, l'ACOSS a expérimenté en 2018 trois nouveaux contrôles automatisés de cohérence. Cependant, à ce stade, un seul contrôle, portant sur l'éligibilité de l'employeur et du salarié à l'allègement général dégressif, a été généralisé (en février 2019).

L'ACOSS devrait généraliser les contrôles automatisés de cohérence à partir des données de la DSN, en priorisant à ce titre la mise en place de deux contrôles portant sur l'application des allègements généraux : la comparaison entre le montant d'exonération déclaré par l'employeur au niveau agrégé et la somme des montants déclarés par salarié ; le recalcul des montants d'exonération déclarés par salarié à partir des données individuelles de rémunération, de quotité de travail et de nombre d'heures supplémentaires ou complémentaires. Par la suite, l'ACOSS devrait étendre ce type de contrôle aux dispositifs dont le coût dépasse 100 M€ et qui sont déjà dotés de contrôles automatisés de cohérence[125]. Enfin, pour les autres dispositifs dépassant ce montant, de tels contrôles devraient être mis en œuvre chaque fois que cela est possible, tant pour les exonérations[126] que pour les exemptions d'assiette[127].

Par ailleurs, les procédures de gestion et le dispositif de contrôle interne du réseau des URSSAF devraient être révisés afin de garantir que toutes les anomalies déclaratives détectées par des contrôles automatisés de cohérence sont signalées aux cotisants (idéalement par courriel), que l'ensemble de ces derniers sont relancés en cas de défaut de réponse et que la situation de la totalité d'entre eux donne lieu à une régularisation. L'audit des comptes 2018 de l'activité de recouvrement par la Cour fait en effet

[124] L'allègement général dégressif, la réduction proportionnelle de cotisations famille jusqu'à 3,5 fois le salaire minimum, les contrats d'accompagnement dans l'emploi (CUI-CAE), les contrats d'apprentissage, la réduction de cotisations pour les entreprises en outre-mer (LODEOM), la déduction forfaitaire de 1,5 euro sur les heures supplémentaires pour les entreprises de moins de 20 salariés, l'aide aux chômeurs créant ou reprenant des entreprises (ACCRE) et les jeunes entreprises innovantes (JEI).
[125] Comme les dispositifs LODEOM, ACCRE et JEI.
[126] Comme les aides à domicile employées par une association ou une entreprise auprès d'une personne fragile.
[127] Comme les titres restaurant, l'intéressement et les chèques vacances.

apparaître que certains rapprochements automatisés[128] ont été interrompus ou n'entraînent pas la relance des cotisants en anomalie, et que cette relance n'est pas toujours garantie par un dispositif de contrôle interne[129].

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

Au sein de ces dispositifs, les exonérations de cotisations sociales se décomposent elles-mêmes en deux catégories : les allègements généraux, qui bénéficient à l'ensemble des employeurs de salariés, et les exonérations ciblées en faveur de certains secteurs d'activité, territoires et publics. La norme de référence devrait être adaptée afin de traduire cette réalité. Au-delà des évolutions qu'il pourrait apparaître justifié d'apporter au profil des allègements généraux, il importe d'encadrer effectivement le coût des autres dispositifs, en les remettant en cause quand leur efficacité est démentie par des évaluations robustes et en plafonnant ce coût tant qu'elle n'est pas démontrée.

A - Un contexte renouvelé pour l'intégration des allègements généraux au barème des cotisations

1 - Une intégration souhaitable des allègements généraux au barème des cotisations

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, qui s'élargit à mesure du renforcement des allègements généraux de cotisations, affecte la lisibilité des prélèvements sur les revenus salariaux. Le manque de lisibilité qui en résulte peut porter préjudice à l'attractivité de la France aux yeux des acteurs économiques nationaux et internationaux.

[128] Cas du traitement informatique TDD3 (contrats uniques d'insertion – contrats d'accompagnement dans l'emploi, apprentissage).

[129] Pas de contrôle spécifique du traitement par les URSSAF des anomalies liées à l'allègement général dégressif (traitement informatique TD84) et absence de contrôle du traitement des anomalies liées aux jeunes entreprises innovantes (traitement TV65).

À la demande du Parlement, le Cour avait étudié dès 2008[130] la possibilité d'intégrer l'allègement général dégressif, qui représente 19,6 Md€ en 2019 sur le seul champ des régimes de base, au barème des cotisations sociales. En 2012, elle a constaté que la compensation financière de l'allègement général dégressif sous forme d'affectation de recettes fiscales pour solde de tout compte à partir de 2011 supprimait l'une des principales objections à cette « barémisation » et recommandé une telle évolution. En 2015[131], elle a réitéré cette recommandation à l'occasion de l'élargissement des allègements généraux induit par la transformation du CICE en des baisses de cotisations sociales.

Plus récemment, le Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS) a rappelé les avantages de la « barémisation », tout en soulignant les difficultés opérationnelles de sa mise en œuvre, que renforcent l'élargissement de l'allègement dégressif aux régimes conventionnels et la perspective d'un système universel de retraite par points faisant dépendre les droits à pension du montant des cotisations[132].

2 - Des préalables à lever

S'agissant des cotisations aux régimes de retraite, le maintien du même niveau d'acquisition des droits à pension avant et après « barémisation » nécessiterait la mise en place de mécanismes spécifiques de calcul des droits, dans le cadre d'un régime fonctionnant par points.

Par ailleurs, pour ce qui concerne les allègements proportionnels de cotisations famille et maladie instaurés en 2015 et 2019 (soit une baisse de 1,8 point de cotisations famille pour les salaires inférieurs à 3,5 SMIC et de 6 points de cotisations maladie pour ceux inférieurs à 2,5 SMIC), une « barémisation » aurait avantage à tirer les conséquences de nouvelles évaluations de l'efficacité du profil des allègements généraux au regard de leurs points de sortie et des effets de seuil qui en découlent. Ces évaluations pourraient être menées dans le cadre du comité de suivi des aides publiques

[130] Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale,* L'intégration dans un barème des taux de cotisations patronales et des exonérations bas salaires et sur les heures supplémentaires, mai 2008, 57 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

[131] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2015*, chapitre IV Les cotisations sociales : une place prépondérante mais en déclin dans le financement de la sécurité sociale, une cohérence et une lisibilité à rétablir, p. 143-180, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

[132] Haut conseil du financement de la protection sociale, *Rapport sur l'état des lieux et les enjeux des réformes pour le financement de la protection sociale*, mai 2018.

aux entreprises (COSAPE) placé auprès du Premier ministre, au moyen d'appels à projet de recherche cofinancés par France Stratégie.

En effet, le point de sortie actuel, relativement élevé, des allègements de cotisations maladie et famille peut soulever des interrogations quant à leur efficacité en matière de créations nettes d'emploi et de compétitivité. Si les études portant sur les variations du coût du travail entre 1 et 1,6 fois le SMIC suggèrent généralement un effet positif sur l'emploi[133], bien que d'ampleur variable, en revanche, les évaluations portant sur des variations du coût du travail à des niveaux de salaire plus élevés conduisent à des résultats nettement plus contrastés.

Ainsi, les deux études réalisées à la demande de France Stratégie sur le CICE, dont le point de sortie était fixé à 2,5 fois le SMIC, concluent pour l'une[134] à un effet positif sur l'emploi, mais assez modeste au regard de l'importance de la baisse du coût du travail, et pour l'autre[135], à l'absence d'effet significatif. L'avantage procuré par le CICE se serait en partie traduit par une hausse du salaire horaire des professions intermédiaires, soit un résultat comparable à celui observé dans d'autres pays à la suite de baisses non ciblées de prélèvements sur les revenus du travail.

Effets sur les salaires des politiques de baisses non ciblées des prélèvements sur les revenus du travail

Sur le plan théorique, si le salaire minimum est fixé à un niveau supérieur au salaire d'équilibre, une baisse des cotisations patronales sur les revenus du travail au niveau du salaire minimum peut entraîner une hausse de l'emploi sans augmentation des salaires. En revanche, lorsque le salaire résulte directement de la confrontation de l'offre avec la demande de travail, ce qui est vraisemblable à des niveaux de salaire plus élevés, l'effet sur l'emploi est susceptible d'être atténué par une hausse des salaires d'autant plus forte que l'offre de travail est peu sensible aux variations de salaire.

[133] Pour cet intervalle de rémunération, l'élasticité estimée de l'emploi au coût du travail, soit la variation en pourcentage de l'emploi lorsque le coût du travail augmente de 1 %, oscillerait entre -0,25 et -1,5. Voir L'HORTY, Yannick, MARTIN, Philippe, MAYER, Thierry, Baisses de charges : stop ou encore ?, note du Conseil d'analyse économique n° 49, janvier 2019.

[134] TEPP, *Les effets du CICE sur l'emploi, les salaires et l'activité des entreprises : approfondissements et extensions pour la période 2013-2015*, septembre 2018.

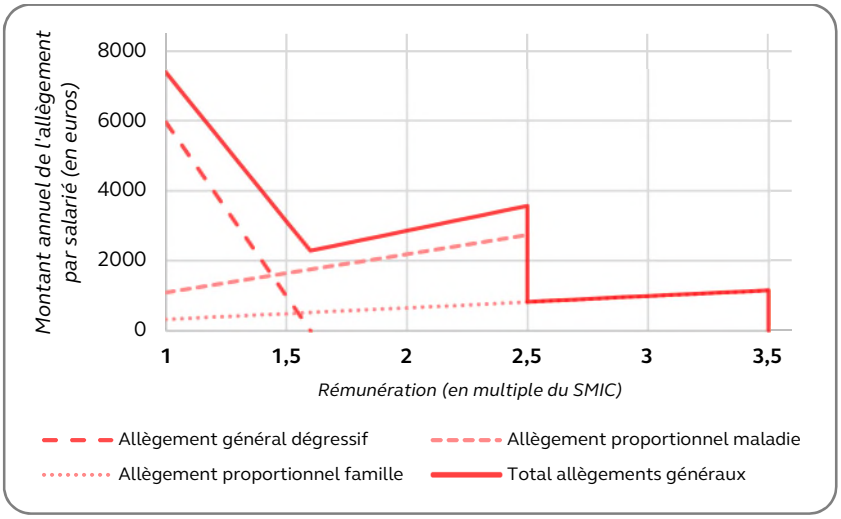
[135] LIEPP, *Évaluation interdisciplinaire des impacts du CICE en matière d'emplois et de salaires*, août 2018.

Les expériences étrangères de baisse des prélèvements sur les revenus du travail tendent à confirmer ce mécanisme. Ainsi, en Suède, la baisse uniforme de 10 points en 2002 du taux de taxation des salaires dans la partie nord du pays n'aurait eu que des effets très limités sur l'emploi, s'étant quasi intégralement répercutée en une hausse des salaires[136].

Quant aux effets des allègements sur la compétitivité, les travaux d'évaluation sont moins nombreux, mais ne trouvent à ce jour d'effet significatif sur les exportations ni pour le CICE, ni pour la réduction de 1,8 point du taux de cotisation famille[137].

Enfin, bien qu'aucun effet de ce type n'ait été mis en évidence à ce jour[138], les ressauts de cotisations induits par le franchissement des points de sortie à 2,5 et 3,5 fois le SMIC des allègements de cotisations maladie et famille pourraient affecter à terme la distribution des salaires.

Graphique n° 8 : profil des allègements généraux de cotisations patronales en 2019



Source : Cour des comptes.

[136] BENNMARKER, Helge, MELLANDER, Erik, ÖCKERT, Björn, Do Regional Payroll Tax Reductions boost Employment?, *Labour Economics*, vol. 16, no. 5, 2009, p. 480-489.
[137] MALGOUYRES, Clément, MAYER, Thierry, Exports and Labor Costs: Evidence from a French Policy, *Review of World Economics*, vol. 154, n° 3, 2018, p. 429-454. MALGOUYRES, Clément, Coût du travail et exportations : analyses sur données d'entreprises, rapport de l'Institut des politiques publiques n° 20, janvier 2019.
[138] LIEPP, *Ibid.*

B - Encadrer les « niches sociales » en fonction d'une évaluation de leur efficacité

L'évaluation ne peut favoriser la maîtrise du coût des « niches sociales » qu'à certaines conditions. Il convient ainsi d'évaluer l'efficacité de ces dispositifs de manière robuste et d'en tirer les conséquences, en supprimant ou en clôturant ceux qui sont inefficaces. Dans l'attente des résultats de telles évaluations, l'efficacité incertaine des dispositifs qui n'ont toujours pas été évalués de manière robuste devrait conduire à en plafonner le coût. Enfin, il devrait être mis fin sans délai aux effets d'aubaine les plus manifestes.

1 - Évaluer les « niches » sociales avec des méthodes robustes et supprimer les dispositifs inefficaces ou inefficients

Il convient d'organiser au plus tôt l'évaluation de l'efficacité des dispositifs dérogatoires de plus de 100 M€ pour lesquels une évaluation par des méthodes statistiques *ex post* avec contrefactuel n'a encore jamais été réalisée[139]. Ces travaux pourraient être inscrits au programme de travail des administrations économiques ou faire l'objet d'appels à projet de recherche à destination d'équipes universitaires reconnues pour leur expertise en matière d'évaluation quantitative des politiques publiques.

Quant aux dispositifs inférieurs à 100 M€, il conviendrait à tout le moins de mettre à jour le système de score mis au point dans la revue de dépenses de 2015 et calculé en fonction de critères d'efficience.

Ces évaluations devraient conduire à supprimer ou à fermer l'accès à de nouveaux bénéficiaires des dispositifs d'un coût supérieur à 100 M€ et évalués comme étant inefficaces par une évaluation robuste, ainsi que des dispositifs d'un coût inférieur pour lesquels le nombre d'indicateurs d'alerte issu du système de score précité excède un certain seuil.

[139] Soit quatorze dispositifs de plus de 100 M€ en 2017 : prévoyance complémentaire et retraite supplémentaire, déduction forfaitaire spécifique (DFS), titres restaurant, avantages accordés par les comités d'entreprise au titre de leurs activités sociales et culturelles, entreprises implantées dans les départements d'outre-mer, indemnités de rupture du contrat de travail ou de cession forcée des fonctions pour les mandataires sociaux, intéressement, participation, travailleurs occasionnels agricoles, chèque-repas du bénévole, chèques vacances, aide aux créateurs et repreneurs d'entreprise, prise en charge de cotisations des particuliers employeurs par la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) et taux réduit de taxe sur les salaires pour les départements d'outre-mer.

Cet exercice devrait être conduit de manière transparente, ce qui suppose que les résultats des évaluations et les réformes envisagées pour supprimer ou clôturer les dispositifs inefficaces soient présentés dans un tableau de synthèse publié dans la présentation générale de l'annexe 5 au PLFSS et comportant des informations détaillées. Pour chaque dispositif, ce tableau devrait ainsi indiquer les objectifs poursuivis, les références exactes des travaux d'évaluation, la méthode utilisée[140], les résultats précis[141], ainsi que la nature et l'échéance des évolutions envisagées lorsque les évaluations concluent à l'inefficacité du dispositif.

2 - À défaut d'évaluation robuste, organiser l'attrition des dispositifs les plus coûteux

Pour les dispositifs supérieurs à 100 M€ n'ayant pas encore fait l'objet d'une évaluation robuste, la valeur de référence pour le calcul de l'avantage ou du niveau du plafonnement devrait à tout le moins être gelée tant que leur efficacité n'a pas été démontrée.

L'avantage procuré par la plupart des dispositifs d'exemptions d'assiette est d'ores et déjà plafonné. Pour ces dispositifs, la valeur retenue pour plafonner l'avantage pourrait être gelée. Ainsi, les plafonds exprimés en euros ne seraient pas revalorisés[142] ; la valeur de référence des plafonds exprimés en pourcentage du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS)[143] ou du salaire minimum[144] serait figée à celle à fin 2019. Quant aux rares dispositifs pour lesquels l'avantage n'est pas plafonné[145], il conviendrait de même de le plafonner en valeur.

---

[140] Par exemple, évaluation *ex post* par des méthodes statistiques avec contrefactuel, simple indicateur de résultat, analyse qualitative, autre méthode.

[141] Par exemple, le nombre d'emplois créés, le surcroît de probabilité de trouver un emploi stable ou de recourir à un emploi à domicile, etc. Lorsque les estimations présentent une forte variance, un intervalle de confiance devrait être précisé.

[142] Déduction forfaitaire spécifique (DFS), titres restaurant, avantages accordés par les comités d'entreprise au titre de leurs activités sociales et culturelles (CESU préfinancé) et chèque-repas du bénévole.

[143] Prévoyance complémentaire et retraite supplémentaire, indemnités de rupture du contrat de travail ou de cession forcée des fonctions pour les mandataires sociaux, intéressement et participation.

[144] Chèques vacances (pour les entreprises dépourvues de comité d'entreprise).

[145] Avantages accordés par les comités d'entreprise au titre de leurs activités sociales et culturelles (hors CESU préfinancé) et contribution de ces derniers au financement des chèques vacances.

S'agissant des dispositifs d'exonération en fonction du salaire, seuls quelques dispositifs ont fait l'objet d'évaluations robustes (notamment l'aide à domicile employée par une association ou une entreprise auprès de personnes fragiles). Pour les autres, à moins qu'une extinction progressive ne soit programmée (exonérations en faveur des travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi - TO-DE - du secteur agricole), la valeur du salaire minimum ou du plafond de la sécurité sociale qui sert de référence au calcul de l'avantage pourrait être gelée à son niveau à fin 2019.

3 - Circonscrire les effets d'aubaine les plus manifestes

Les dispositifs d'exemption d'assiette sont, pour la plupart, antérieurs à l'instauration de l'allègement général dégressif. Ils en renchérissent le coût en réduisant le niveau de rémunération servant de base au calcul du taux de l'allègement.

Cet effet a une ampleur particulière avec la déduction forfaitaire spécifique (DFS). Ce dispositif d'origine fiscale permet pour des raisons historiques aux employeurs de divers secteurs d'activité[146] d'évaluer de manière forfaitaire les frais professionnels à déduire de l'assiette des cotisations sociales. Dans de nombreux cas, ces déductions allant de 5 % à 40 % de l'assiette (dans la limite de 7 600 euros par salarié) conduisent à surestimer les frais professionnels par rapport à leur niveau réel.

Dès lors, la DFS conduit non seulement à exempter de toute cotisation de sécurité sociale une fraction du salaire, mais aussi à appliquer l'allègement général dégressif dans des conditions plus favorables que le droit commun. À titre d'illustration, un salarié rémunéré à 1,6 SMIC ne devrait pas être éligible à l'allègement général dégressif, sa rémunération équivalant au point de sortie du dispositif. Toutefois, après application d'une DFS à 40 %, son salaire abattu, devenu inférieur au SMIC, ouvre droit au taux maximum de la réduction générale dégressive. Au total, cet effet amplificateur de la DFS sur l'allègement général dégressif occasionne au régime général de sécurité sociale plus de 500 M€ de pertes de recettes, qui s'ajoutent au coût propre de ce dispositif (soit 1 Md€).

La suppression de l'effet d'aubaine supplémentaire apparu lors de l'instauration des allègements généraux de cotisations revêt un caractère prioritaire. Elle supposerait ainsi, pour les professions concernées par la

[146] De manière non limitative, le BTP (certains emplois), le nettoyage, l'aviation marchande, les médias, les visiteurs médicaux, les mannequins et les artistes. Selon l'estimation du ministère chargé de la sécurité sociale, 1,7 million de salariés entreraient dans le champ d'application de la DFS.

DFS, de réintégrer les éléments d'assiette abattus à la rémunération retenue pour calculer le taux de l'allègement général dégressif applicable.

Au-delà, la question de la pérennité de la DFS est posée au regard de l'étendue des allègements généraux comme de la suppression en 2001 de ce même dispositif dans le domaine fiscal (hormis pour les journalistes), qui constitue historiquement le motif de son application au domaine social.

Par ailleurs, la base de calcul de l'allègement général dégressif pourrait être élargie à d'autres éléments d'assiette exemptés déclarés dans la déclaration sociale nominative, leur non-prise en compte se traduisant, de même que pour la DFS, par un renchérissement du coût de l'allègement et un report de son point de sortie effectif au-delà de 1,6 fois le SMIC. Les cinq principaux éléments exemptés correspondent aux participations des employeurs à la prévoyance complémentaire et la retraite supplémentaire, à l'intéressement, à la participation, aux titres restaurant et aux plans d'épargne entreprise (soit 37,8 Md€ d'assiette exemptée au total en 2017).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le coût global des « niches sociales » pour les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et le FSV présenté à l'annexe 5 au PLFSS 2019 au titre de cette même année, soit 66 Md€, est amplement sous-évalué. Selon l'estimation de la Cour, il dépasserait 90 Md€ sur un périmètre plus exhaustif, quoiqu'encore incomplet, et même 100 Md€ en prenant aussi en compte les régimes conventionnels obligatoires de retraites complémentaires et d'assurance chômage des salariés.

Les lacunes relevées par la Cour dans la présentation des « niches sociales » donnée par l'annexe 5 aux PLFSS annuels ne permettent pas au Parlement de disposer d'une représentation exhaustive des dispositifs dérogatoires au droit commun de l'assujettissement aux prélèvements sociaux, ni de leur impact en termes de moindres recettes pour la sécurité sociale, avant comme après leur compensation éventuelle par l'État.

Le coût des « niches sociales » a fortement augmenté entre 2013 et 2019, sous l'effet de près de 29 Md€ de mesures nouvelles, essentiellement sous la forme de nouveaux allègements généraux de cotisations sociales et sans remise en cause de la plupart des dispositifs ciblés en faveur de secteurs d'activité, publics ou territoires particuliers.

À cet égard, la place aujourd'hui acquise par les allègements généraux de cotisations qui bénéficient à l'ensemble des employeurs de salariés interroge la définition même de la norme de référence en fonction de laquelle des règles particulières sont qualifiées de dérogatoires.

En tout état de cause, la règle de stabilisation du coût des dispositifs dérogatoires à l'assujettissement aux prélèvements sociaux fixée par la LPFP 2014-2019 n'a pas été respectée, y compris dans son interprétation la moins stricte. Le champ d'application incomplet et le caractère moins contraignant de la nouvelle règle définie par la LPFP 2018-2022 risquent de rendre inopérant ce levier d'encadrement.

L'évaluation continue à couvrir un champ partiel et est inégalement robuste sur le plan méthodologique. Seule une minorité de dispositifs a été évaluée selon les meilleures pratiques et les dispositifs évalués comme étant inefficaces ne sont que très rarement réduits ou supprimés.

Enfin, les risques que fait peser l'application des multiples dispositifs dérogatoires sur le recouvrement des prélèvements sociaux sont insuffisamment maîtrisés.

Une action déterminée s'impose par conséquent dans quatre directions : clarifier la norme de référence retenue pour l'identification des « niches », de façon articulée avec l'intégration souhaitable des allègements généraux au barème des cotisations sociales ; recenser et chiffrer exhaustivement les dispositifs dérogatoires, leur coût et leur compensation par l'État, quelles qu'en soient les modalités ; évaluer selon des méthodes robustes l'ensemble des dispositifs significatifs et en déduire des remises en cause, des adaptations ou, dans l'attente des évaluations, un gel des avantages qu'ils procurent ; réduire les risques liés au recouvrement des prélèvements sociaux.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

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).*

Deuxième partie

Les revenus de remplacement versés par la sécurité sociale : une soutenabilité et une équité à mieux assurer

PRÉSENTATION

En fonction des événements et aléas qui affectent leur existence, nos concitoyens peuvent bénéficier de plusieurs types de revenus de remplacement : indemnités journalières pour arrêt de travail lié à une maladie, une maternité, un accident de travail ou une maladie professionnelle ; pensions d'invalidité ; prestations liées à un handicap ; allocations chômage ou revenu de solidarité active en cas d'inactivité ; retraites quand leur activité professionnelle prend fin.

Définis comme l'ensemble des prestations ayant pour objet de compenser une perte de revenus d'activité pendant une période d'inactivité totale ou partielle, près de 387,5 Md€ de revenus de remplacement, soit l'équivalent de 16,9 % du PIB, ont ainsi été versés en 2017 par les régimes obligatoires de base de sécurité sociale, les régimes conventionnels instaurés par les partenaires sociaux (retraites complémentaires, assurance chômage), l'État et les collectivités locales.

Dans les trois chapitres de cette deuxième partie, la Cour examine successivement trois catégories de revenus de remplacement versés par la sécurité sociale (soit près de 334,6 Md€ au total en 2017) : les indemnités journalières (14,2 Md€ pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale en 2017), les pensions d'invalidité (7,4 Md€ en 2017) et, au sein des prestations d'assurance vieillesse, les dispositifs de départ anticipé à la retraite, soit avant l'âge légal d'ouverture des droits, soit à l'âge légal avec une pension sans décote, mais sans réunir la durée d'assurance requise pour une telle pension (près de 14 Md€ en 2016).

Au-delà de leurs spécificités, les dispositifs d'indemnisation des arrêts de travail et de l'invalidité et de départ anticipé à la retraite présentent en effet des enjeux communs.

En premier lieu, un nombre significatif d'assurés bénéficient de ces revenus de remplacement de manière simultanée ou successive dans le temps. Ainsi, trois mises en invalidité sur quatre font suite à des arrêts de travail pour maladie de longue durée. En outre, l'attribution d'une pension d'invalidité crée un droit à l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite à une pension de retraite pour inaptitude, qui constitue l'un des principaux dispositifs de départ anticipé à la retraite. À cet égard, les dispositifs de revenus de remplacement comportent des effets de substitution entre eux. Ainsi, des indemnités journalières continuent à être versées lorsque l'assurance maladie reconnaît avec retard l'état d'invalidité des assurés malgré l'absence de perspectives d'amélioration de leur état de santé.

En deuxième lieu, le coût de ces dispositifs apparaît particulièrement dynamique sur la période récente, avec un rythme de progression annuelle moyen de près de 4 % entre 2013 et 2017 pour les indemnités journalières et de 5 % entre 2011 et 2017 pour les pensions d'invalidité. De même, le coût de certains dispositifs de départ anticipé en retraite s'est fortement accru, à l'image des départs anticipés pour carrière longue, dont le coût est passé de 1,6 à 6 Md€ entre 2012 et 2016.

Pour une part, le dynamisme des dépenses s'explique par l'évolution de la masse salariale, le montant des prestations étant pour partie fonction de la rémunération des assurés.

Il résulte aussi du relèvement progressif de l'âge légal de départ à la retraite et de la durée d'assurance pour bénéficier d'une retraite à taux plein. Cette évolution s'est en effet accompagnée d'une augmentation des arrêts de travail et des indemnités pour maladie versées aux salariés âgés, d'un allongement de la durée de versement des pensions d'invalidité jusqu'à l'âge légal de départ à la retraite à taux plein, ainsi que d'une hausse des départs anticipés. En 2017, près d'un départ sur deux à la retraite a eu lieu de manière anticipée, contre un sur trois en 2012.

Mais la progression rapide des dépenses est aussi la conséquence d'un recours parfois injustifié ou qui pourrait être évité à certains dispositifs. Ainsi, les actions de prévention des arrêts de travail pour maladie dans les entreprises restent peu développées, malgré la place des conditions et des relations de travail parmi leurs déterminants, tandis que les incitations financières visant à responsabiliser les employeurs, les assurés et les médecins prescripteurs restent modestes.

En troisième lieu, les dispositifs de revenus de remplacement ici examinés se caractérisent par des règles complexes et des niveaux hétérogènes pour des assurés pouvant être placés dans des situations voisines. Il en va ainsi de la prise en compte des incidences potentielles ou avérées du travail sur l'état de santé par cinq dispositifs distincts de départ anticipé à la retraite et des niveaux de plus en plus divergents des minima sociaux du handicap et de l'invalidité. Des inégalités de traitement des assurés peuvent aussi provenir de l'absence de doctrine nationale de reconnaissance de leur état, comme pour l'invalidité.

En dernier lieu, les revenus de remplacement sont attribués, calculés et servis dans le cadre de processus de gestion lourds, partiellement dématérialisés et propices à des erreurs en faveur ou au détriment des assurés et à un allongement injustifié de la durée de versement de tout ou partie du montant des prestations. Au-delà d'une nécessaire réflexion sur l'adaptation de ces dispositifs à leur

environnement économique et social et à la capacité de la collectivité à les financer, le paiement à bon droit des prestations s'impose ainsi comme un enjeu déterminant pour les revenus de remplacement.

À la lumière de ces constats, plusieurs leviers paraissent devoir être actionnés afin de maîtriser les dépenses de prestations de sécurité sociale relatives à des revenus de remplacement, recentrer chaque dispositif sur son objet propre dans un objectif d'équité entre assurés et améliorer la qualité de sa gestion.

Ainsi, il convient d'encourager le maintien ou le retour des assurés dans l'emploi, en suivant de manière active l'évolution de leur état de santé, en assouplissant les conditions du cumul de revenus professionnels avec une pension d'invalidité et en privilégiant les retraites progressives par rapport à la cessation complète d'activité ; à l'inverse, l'invalidité des assurés dont l'état de santé ne pourra malheureusement s'améliorer devrait être reconnue plus tôt.

En outre, les parties prenantes des dépenses d'indemnisation des arrêts de travail pour maladie devraient être plus fortement responsabilisées, qu'il s'agisse des médecins qui prescrivent les arrêts, des salariés qui les sollicitent ou des employeurs dont les conditions de travail concourent à la demande d'arrêts par ces derniers.

Par ailleurs, l'enjeu de soutenabilité des dépenses de retraite invite à stabiliser les conditions de départ à la retraite pour carrière longue, ainsi qu'à réduire le périmètre des emplois relevant de catégories actives permettant de partir plus tôt à la retraite dans les trois fonctions publiques (État, collectivités territoriales et hôpitaux publics).

Enfin, l'ampleur des pertes financières que subit l'assurance maladie - du fait d'irrégularités affectant les prestations versées et d'une coordination insuffisante de ses composantes administrative et médicale - appelle une mise à niveau de ses systèmes d'information et procédures de gestion ainsi que des vérifications automatisées systématiques de la cohérence des informations déclarées par les assurés et les employeurs.

Chapitre III

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

PRÉSENTATION

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. Ces prestations en espèces couvrent trois risques distincts : la maladie, les accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et la maternité. En 2017, elles ont été à l'origine de 14,5 Md€ de dépenses pour l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie, dont 12,9 Md€ pour le seul régime général. Les indemnités pour maladie en représentent la plus grande partie (8 Md€, dont 7,4 Md€ pour le régime général).

Dans son rapport sur la sécurité sociale de 2012[147]*, la Cour avait recommandé d'affiner les études sur les déterminants des arrêts maladie, d'amplifier les actions de responsabilisation du corps médical, notamment en intégrant dans la rémunération à la performance des médecins libéraux un objectif de respect du référentiel de prescription et en mettant sous contrainte de régulation les médecins hospitaliers, en particulier les gros prescripteurs. Elle préconisait aussi de redéfinir la doctrine d'emploi des contrôles administratifs des assurés sociaux ainsi que les objectifs et les méthodes du contrôle médical et de mettre en œuvre les outils et la méthodologie nécessaires à une détection systématique des fraudes. Enfin, elle appelait à simplifier la réglementation de l'indemnisation des arrêts.*

La plupart de ces préconisations n'ont pas été suivies d'effet ou ne l'ont été que partiellement. Au cours de la période récente, les dépenses d'indemnisation des arrêts de travail pour maladie ont continué à augmenter à un rythme soutenu. Indépendamment d'autres travaux[148]*, la Cour a souhaité en analyser à nouveau les déterminants, les actions mises en œuvre afin d'en ralentir l'évolution et les voies possibles d'une maîtrise accrue de ces dépenses.*

Les dépenses d'indemnités journalières pour maladie sont très dynamiques, sous l'effet de l'augmentation de la durée des arrêts de travail et se concentrent plus particulièrement sur certains secteurs d'activité et zones géographiques (I). Les modalités de gestion des indemnités sont lourdes, permettent de facto *le versement de montants significatifs de prestations comportant des erreurs ou évitables, et ne corrigent qu'à la marge les prescriptions excessives d'arrêts (II). De nouveaux objectifs et instruments s'imposent afin de réguler plus efficacement ces dépenses (III).*

---

[147] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2012*, chapitre XVIII Les indemnités journalières versées au titre de la maladie par le régime général, p. 515-544, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

[148] Un rapport relatif à la prévention, l'efficacité, l'équité et la maîtrise des arrêts de travail, établi par MM. Jean-Luc BÉRARD, Stéphane OUSTRIC et Stéphane SEILLER, a été remis au Premier ministre en février 2019.

I - Une forte dynamique des dépenses

L'augmentation rapide des dépenses d'indemnisation des arrêts de travail pour maladie entre 2013 et 2017, qui a dépassé celle de la masse salariale, a contribué à dégrader tendanciellement la situation financière de l'assurance maladie. L'âge, mais aussi le secteur d'activité et le lieu de vie des salariés, sont des déterminants majeurs des arrêts de travail.

A - Depuis 2013, une hausse des dépenses qui contribue à affecter l'équilibre financier de l'assurance maladie

Les dépenses d'indemnités journalières retracées par les comptes nationaux de la santé regroupent les indemnités versées par les régimes de base de sécurité sociale au titre des risques maladie, accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) et maternité. Tous régimes confondus, elles ont atteint 14,5 Md€ en 2017, soit 5,3 % de la dépense courante de santé[149] et 6,3 % des dépenses de prestations des trois risques précités.

Le régime général[150] concentre les 9/10ème des dépenses d'indemnités journalières et en détermine la dynamique d'ensemble. En 2017, il a indemnisé 6,97 millions d'arrêts maladie, 1,05 million d'arrêts pour accident du travail ou maladie professionnelle et 635 000 arrêts pour maternité, y compris au titre d'une adoption. Ces arrêts ont été à l'origine de 7,4 Md€ de dépenses pour la maladie, de 2,9 Md€ pour les AT-MP[151] et de 2,6 Md€ pour la maternité, soit 12,9 Md€ d'indemnités au total.

Depuis 2013, les dépenses d'indemnisation des arrêts maladie des régimes de base de sécurité sociale augmentent plus vite que les dépenses d'assurance maladie comprises dans le champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Elles progressent aussi plus vite que la masse salariale, qui constitue à la fois l'assiette du calcul des indemnités, et celle d'une part prépondérante des recettes de l'assurance maladie.

[149] La dépense courante de santé regroupe les dépenses hors investissement des financeurs publics et privés pour la fonction santé.
[150] Les données détaillées du présent chapitre s'appuient sur des extractions du SNDS (système national des données de santé), France entière.
[151] Ces données intègrent l'incidence de la sous-déclaration des accidents du travail et, plus encore des maladies professionnelles, qui minorent les dépenses d'indemnités journalières AT-MP et majorent celles pour maladie.

1 - Une progression des dépenses pour arrêts maladie et AT-MP plus forte que celle de l'ONDAM

Les dépenses d'indemnités journalières des régimes de base, tous risques confondus, ont baissé en valeur absolue entre 2011 et 2012, puis rebondi en 2013 et vivement progressé par la suite, avec une croissance annuelle moyenne de 3,2 % entre 2013 et 2017. Cette croissance est tirée par les indemnités journalières pour maladie (+4,2 % par an depuis 2013) et pour AT-MP (+3,8 % par an).

La progression des dépenses d'indemnités journalières maladie et AT-MP des régimes de base dépasse ainsi entre 2013 et 2017 celle des dépenses comprises dans le champ l'ONDAM (+2,1 % en moyenne annuelle), auquel elles sont intégrées. Elle excède aussi chaque année la prévision initiale de dépenses d'indemnités prise en compte lors de l'élaboration des lois annuelles de financement de la sécurité sociale. Pour leur part, les indemnités journalières de maternité, qui ne sont pas prises en compte dans l'ONDAM, sont restées stables au cours de la même période, à environ 3 Md€, dans le contexte d'une baisse de la natalité[152].

Les dépenses d'indemnités journalières pour maladie du régime général sont demeurées quasi stables entre 2011 et 2013, autour de 6,3 Md€. Pour une part, leur progression a été contenue par des mesures règlementaires[153]. Entre 2013 et 2017, elles ont augmenté de 4,2 % par an en moyenne. Cette progression traduit pour partie une évolution, favorable aux assurés, des conditions d'indemnisation des indemnités journalières de longue durée[154] et des temps partiels thérapeutiques[155] intervenue en 2014.

---

[152] En 2017, au régime général, 539 000 assurés ont reçu des indemnités journalières pour maternité et adoption contre 587 000 en 2010 (-8,2 %). Au cours de la même période, leur durée moyenne par bénéficiaire a légèrement baissé (95,9 jours contre 97,1 jours).

[153] Depuis le 1er décembre 2010, les indemnités sont calculées sur la base de 360 jours par an, au lieu de 365 jours auparavant. Depuis 2012, le salaire journalier pris en compte pour le calcul de l'indemnité est plafonné à 1,8 SMIC au lieu du plafond de la sécurité sociale, soit un écart de 19 %. Ces mesures ont engendré des économies pérennes estimées respectivement à 70 M€ et à 130 M€ l'année de leur entrée en vigueur.

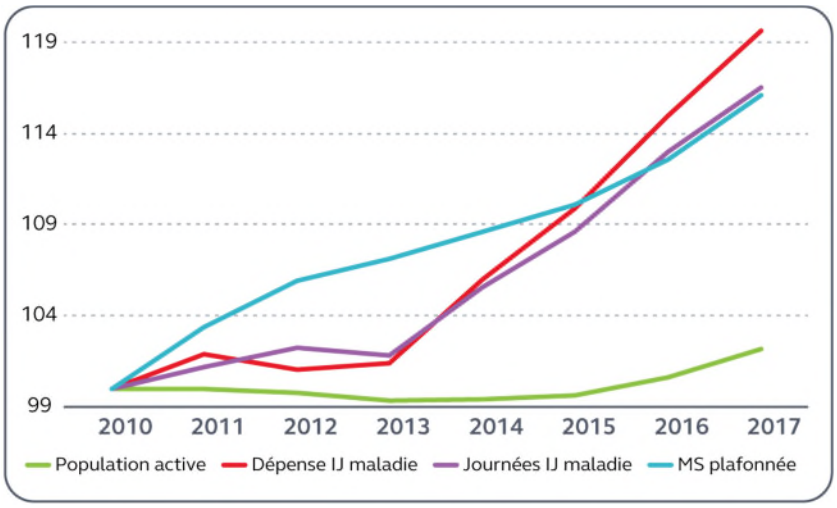
[154] Un décret du 27 décembre 2013 a supprimé la double condition d'heures travaillées (au cours des 12 mois et des trois mois précédant l'arrêt de travail) ou de durée cotisée (au cours des 12 mois et des six mois précédant l'arrêt). Depuis lors, les conditions alternatives d'heures travaillées ou bien de durée cotisée s'apprécient uniquement sur les 12 mois précédant l'arrêt de travail.

[155] En 2017, 143 000 assurés bénéficiaient de 441 M€ d'indemnités au titre d'un temps partiel thérapeutique.

2 - Une hausse des dépenses également plus rapide que celle de la masse salariale

Depuis 2013, la hausse des dépenses d'indemnités journalières maladie du régime général (+4,2 % en moyenne annuelle) dépasse celle de la masse salariale plafonnée à 1,8 SMIC qui en constitue l'assiette (+2,2 %). Cette dernière augmente elle-même sous l'effet de l'évolution de la population active, du niveau des salaires et du SMIC. Cet écart montre l'importance d'un autre déterminant de la dépense que constitue le nombre moyen de jours d'arrêt de travail par salarié.

Graphique n° 9 : 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.

De même, les dépenses d'indemnités journalières pour maladie augmentent plus vite que la masse salariale totale du secteur privé (+2,3 % en moyenne annuelle), sur laquelle étaient assises 61,7 % des ressources du régime général en 2017 (cotisations sociales, CSG sur les revenus d'activité d'origine salariale). Toutes choses égales par ailleurs, la hausse des dépenses liées aux arrêts de travail pour maladie contribue de ce fait à détériorer le solde de l'assurance maladie et à retarder son retour à l'équilibre financier.

B - Une durée des arrêts de travail pour maladie qui s'allonge

À titre principal, l'écart de progression des dépenses d'indemnisation des arrêts maladie par rapport à la masse salariale traduit l'augmentation de la durée moyenne des arrêts, qui s'accompagne d'une concentration croissante des dépenses d'indemnisation sur les arrêts longs.

1 - Une augmentation de la durée moyenne des arrêts maladie

La proportion d'assurés du régime général ayant bénéficié d'au moins un arrêt de travail pour maladie a augmenté, passant de 26,7 % en 2013 à 27,1 % en 2017 (+0,4 point).

De surcroît, le nombre moyen d'arrêts par bénéficiaire d'indemnités journalières a lui aussi augmenté, passant de 1,39 à 1,42 au cours de la même période (+2,2 %).

Enfin et surtout, chaque bénéficiaire d'un ou de plusieurs arrêts a été indemnisé pendant 47,4 jours en moyenne en 2017, contre 43,5 jours en 2013 (+9 %)[156]. La durée moyenne de chaque arrêt indemnisé s'est allongée, passant de 31,2 jours en 2013 à 33,5 jours en 2017 (+7,4 %)[157].

2 - Une part croissante des arrêts de longue durée dans la dépense

En 2017, les arrêts maladie de 30 jours au plus ont représenté 74,6 % du total des arrêts (5,2 millions) et 17,6 % des dépenses (1,3 Md€) ; en leur sein, 3,2 millions d'arrêts de moins de huit jours (soit 45 % du total) ont engendré 308 M€ de dépenses (soit 4,2 % du total). À l'opposé, les 3 % d'arrêts de plus d'un an ont suscité 24 % des dépenses (1,8 Md€).

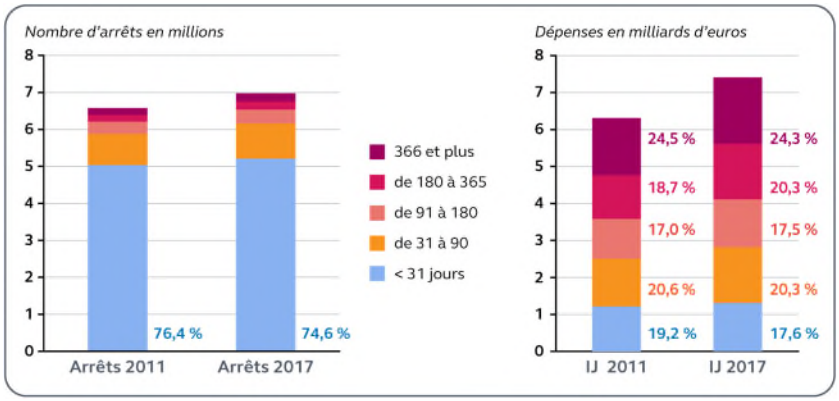
Comme le montre le graphique ci-après, la part des arrêts les plus courts (moins de 31 jours) dans le total des arrêts a diminué et les dépenses d'indemnisation se concentrent de plus en plus sur les arrêts de longue durée (plus de trois mois).

---

[156] La durée moyenne d'indemnisation par bénéficiaire d'un ou de plusieurs arrêts pour AT-MP (904 000 en 2017, soit +4,2 % par rapport à 2013) a augmenté plus fortement, passant de 61,9 jours en 2013 à 66,2 jours en 2017 (+7 %). Ces données rapportent le nombre de journées d'arrêt au nombre d'arrêts constatés sur une année civile.

[157] La durée moyenne des seuls arrêts terminés une année donnée (qui ne reflètent donc qu'une partie de la dépense) augmente elle aussi : elle s'élève à 23,3 jours en 2017, contre 21,6 jours en 2011.

Graphique n° 10 : nombre d'arrêts et dépenses d'indemnisation en fonction de la durée des arrêts maladie (2011 et 2017)



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

Ainsi, un enjeu déterminant de maîtrise des dépenses d'indemnisation concerne les arrêts de plus de six mois (6,2 % des arrêts mais 44,6 % des dépenses en 2017 contre 5,5 % et 43,2 % en 2011).

C - Des arrêts de travail fonction de l'âge, des secteurs d'activité et des pratiques de prescription

Le vieillissement de la population des salariés et le développement des pathologies chroniques qui l'accompagne constituent un facteur explicatif important de l'augmentation des dépenses d'indemnisation des arrêts de travail pour maladie aux côtés de celle de la masse salariale. Il n'est cependant pas exclusif : la durée moyenne des arrêts s'allonge pour la plupart des classes d'âge.

Par ailleurs, la hausse globale du nombre et de la durée des arrêts de travail pour maladie recouvre de fortes disparités de ces arrêts selon les secteurs d'activité et les territoires.

1 - Un rôle important, mais non exclusif, du vieillissement de la population des salariés

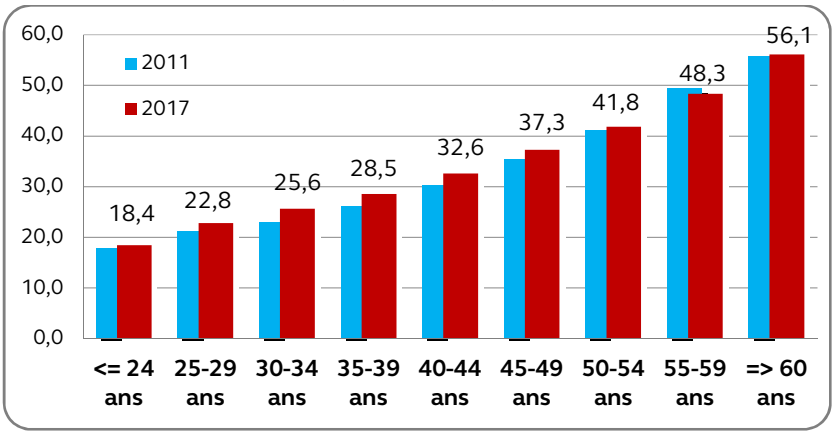
Sous l'effet notamment du report de l'âge légal de départ à la retraite par la réforme de 2010, les taux d'emploi des actifs sont passés entre 2011 et 2017 de 63,9 % à 72,4 % pour les 55-59 ans et de 18,6 % à 29,2 % pour les 60-64 ans.

En lien avec cette évolution, les salariés de 55 ans et plus ont été à l'origine de 16 % des arrêts pour maladie contre 13 % en 2011 ; ces arrêts ont occasionné 25 % des montants d'indemnités, contre 23 % en 2011[158].

Par ailleurs, les salariés ayant été arrêtés au moins une fois pour maladie en 2017 ont été indemnisés en moyenne pendant 56,1 jours pour ceux de 60 ans et plus, 48,3 jours pour ceux de 55 à 59 ans et 41,8 jours pour ceux de 50 à 54 ans.

Toutefois, l'évolution de la composition par âge de la population des assurés sociaux ne constitue pas un facteur explicatif univoque de l'allongement de la durée moyenne des arrêts de travail pour maladie. Comme le montre le graphique ci-après, cette durée a en effet augmenté non seulement pour les 60 ans et plus, mais aussi pour toutes les autres classes d'âge, hormis les 55-59 ans.

Graphique n° 11 : durée moyenne des arrêts pour maladie selon l'âge (2011 et 2017)



Lecture : en 2017, la durée moyenne des arrêts des personnes de 60 ans et plus est de 56,1 jours, tous arrêts confondus.
Champ : branche maladie du régime général, tous arrêts.
Source : Cour des comptes, d'après des données de la CNAM.

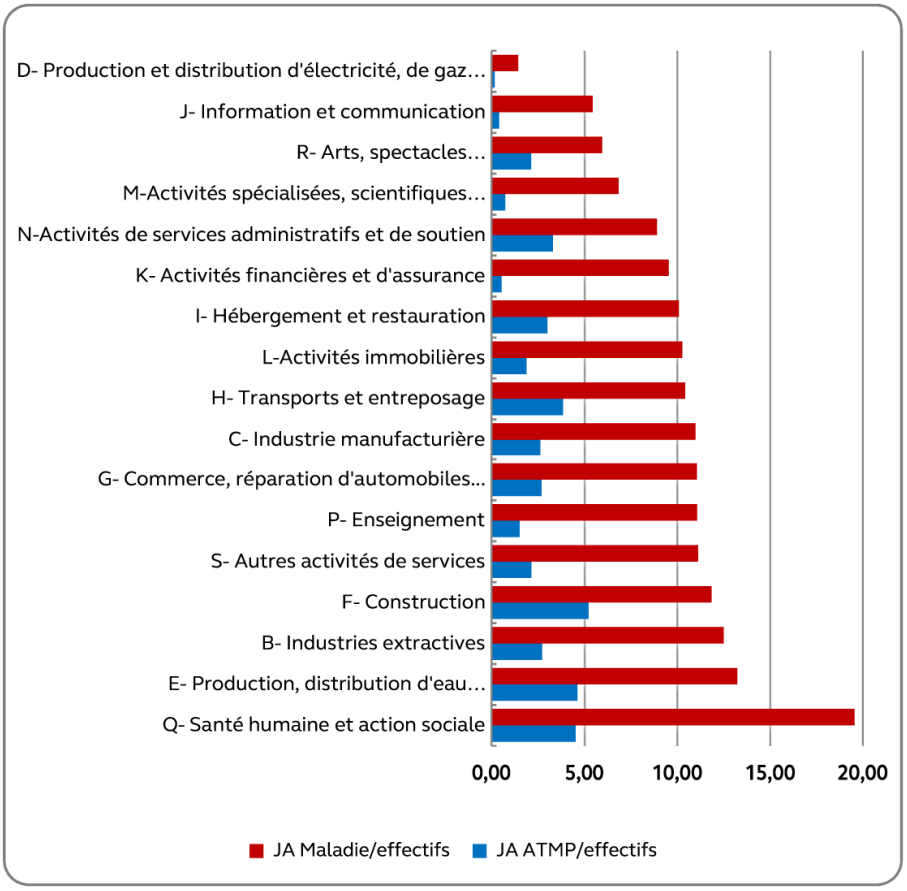
De plus, les indemnités versées aux assurés affectés par une pathologie chronique ayant le caractère d'une affection de longue durée (2,6 Md€ en 2017) représentent une part minoritaire des dépenses d'indemnisation pour maladie (35 %). Cette part s'accroît avec la durée des arrêts indemnisés, mais c'est seulement pour les durées dépassant une année entière qu'elle revêt un caractère majoritaire (58 % pour les arrêts d'une à deux années, 66 % pour ceux de plus de deux années).

[158] Les arrêts de travail pour AT-MP font apparaître une évolution similaire.

2 - Une fréquence hétérogène des arrêts selon le secteur d'activité

La fréquence des arrêts de travail diffère nettement selon le secteur d'activité. La santé humaine et l'action sociale (établissements de santé et médico-sociaux notamment) est de loin celui dont les salariés sont le plus souvent arrêtés pour maladie (près de 20 jours en moyenne en 2016).

Graphique n° 12 : nombre moyen par salarié de journées d'arrêt de travail pour maladie et pour AT-MP (2016)



Lecture : en 2016, les salariés du secteur de la santé humaine et de l'action sociale ont en moyenne été arrêtés pendant près de 20 jours pour maladie.
Source : Cour des comptes, d'après des données de la CNAM.

Pour une part, la corrélation qui peut être observée sur le graphique précédent entre les secteurs les plus concernés par des arrêts de travail au titre des risques maladie et AT-MP reflète les disparités des conditions de travail selon les secteurs et leurs impacts sur la demande d'arrêts de travail par les salariés et les suites que lui réservent les médecins prescripteurs.

Dans le sens de cette observation, les pathologies susceptibles d'être activées ou renforcées par les conditions de travail des salariés tiennent une place élevée, voire croissante, dans l'ensemble des dépenses d'indemnités journalières. En 2016, les maladies psychiatriques et traitements psychotropes ont ainsi été à l'origine de 22,9 % de ces dépenses[159].

Tableau n° 19 : ventilation estimée des dépenses d'indemnités journalières maladie et AT-MP par groupes de pathologies (2012 et 2016)

	2012	2016
Hospitalisations ponctuelles	27,6 %	26,4 %
Traitements psychotropes	14,5 %	15,2 %
Maladies psychiatriques	7,4 %	7,7 %
Cancers	5,8 %	5,5 %
Maternité avec ou sans pathologie[160]	5,4 %	5,0 %
Soins courants	5,0 %	4,7 %
Traitements antalgiques ou anti-inflammatoires	4,7 %	4,7 %
Traitement du risque cardiovasculaire	4,5 %	4,2 %
Maladies cardiovasculaires	3,2 %	3,2 %
Diabète	1,6 %	1,7 %
Autres pathologies[161]	4,3 %	4,3 %
Pathologies non identifiées	15,3 %	16,7 %
Total	**100,0 %**	**100,0 %**

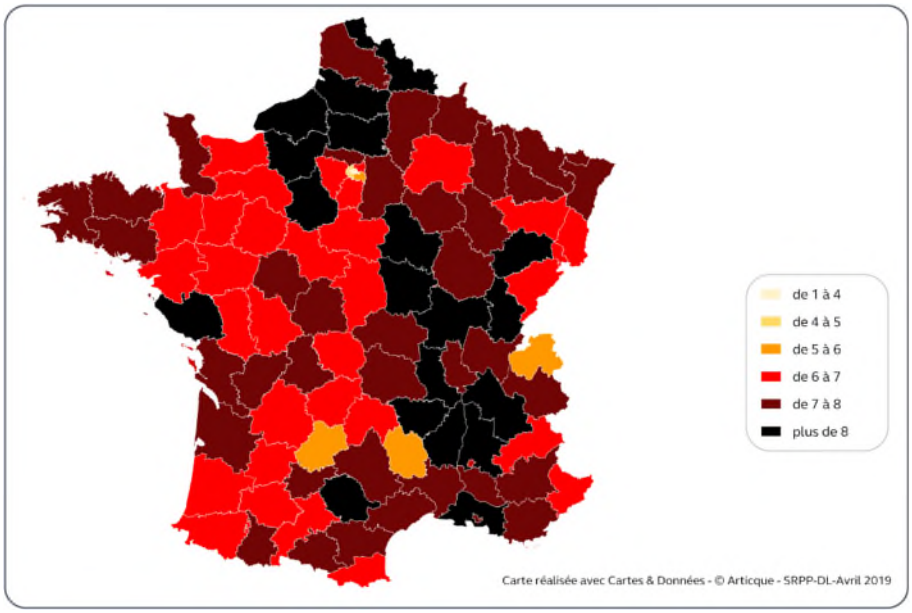
Source : Cour des comptes, d'après le rapport charges et produits 2018 de la CNAM.

3 - Des disparités territoriales des arrêts en partie inexpliquées

Les indemnités journalières se caractérisent aussi par des disparités territoriales, que la structure par âge de la population des salariés et la prévalence des pathologies n'expliquent qu'en partie. Pour une part, elles traduisent en effet des différences de pratiques de prescription.

[159] La méthode utilisée par la CNAM repose sur une proratisation de l'ensemble des dépenses par groupe de pathologies, à partir des données affectées par pathologie pour les arrêts de 180 jours et plus.
[160] Il s'agit de dépenses d'indemnisation d'arrêts maladie faisant suite à des grossesses.
[161] Maladies neurologiques ou dégénératives, respiratoires chroniques, inflammatoires ou du foie et du pancréas, insuffisance rénale chronique terminale, VIH, maladies rares.

Carte n° 1 : nombre de journées d'arrêts maladie par personne active (2015)



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

En 2015, dernière année pour laquelle les données de population active sont disponibles par département, huit départements métropolitains connaissaient le nombre le plus élevé de journées d'arrêts de travail pour maladie rapporté à leur population active : l'Isère (9,8), le Pas-de-Calais, les Bouches-du-Rhône, la Loire, la Haute-Loire, la Haute-Saône, la Corse du Sud et le Nord (8,5). Le nombre de journées le plus faible pouvait être constaté à Paris (3,9), dans les Hauts-de-Seine (5) et le Val-de-Marne (5,7) ainsi qu'en Haute-Savoie (5,9).

II - Des faiblesses de gestion

Les limites fonctionnelles des processus et outils de gestion des indemnités journalières accentuent les lourdeurs inhérentes à une réglementation complexe et conduisent l'assurance maladie à verser un montant important de dépenses injustifiées. Pour leur part, les instruments de régulation du volume des arrêts de travail et de la pertinence des prescriptions n'atténuent qu'à la marge la croissance rapide des dépenses.

A - Une réglementation toujours complexe

1 - L'ouverture du droit et le montant des indemnités

Malgré certaines simplifications[162], les conditions d'ouverture des droits à indemnisation, les définitions des salaires de référence et des bases de calcul des indemnités ainsi que les taux de remplacement restent complexes et diffèrent entre les risques maladie, AT-MP et maternité.

Les conditions sont plus favorables pour les AT-MP que pour les deux autres risques. L'ouverture des droits aux arrêts maladie obéit à des conditions renforcées pour les arrêts de plus de six mois et ceux de moins de six mois des travailleurs saisonniers. Pour calculer les indemnités maladie et maternité, la référence au salaire brut des trois mois précédant l'arrêt ou des 12 mois en cas d'activité discontinue nécessite le recueil de données de salaires de plusieurs employeurs si le salarié arrêté a plusieurs emplois simultanés ou a exercé plusieurs emplois successifs.

L'assurance maladie applique de son propre chef des mesures de simplification de la réglementation applicable, pour ce qui concerne notamment certains salariés ayant une activité discontinue ou à temps partiel et les demandeurs d'emploi.

[162] Pour la maladie : période de référence prise en compte pour apprécier l'ouverture du droit à indemnisation en 2014. Pour les AT-MP et la maternité : calcul depuis 2015 du gain journalier net servant de base de calcul aux indemnités en appliquant au salaire brut un taux forfaitaire de 21 % au titre des prélèvements sociaux, au lieu de déduire des prélèvements différents pour ces deux risques.

Tableau n° 20 : attribution et montant des indemnités journalières

	Maladie	Maternité	AT-MP
Ouverture des droits	**Arrêts < 6 mois** Au moins 150 heures de travail dans les 3 mois ou 90 jours avant l'arrêt de travail Ou bien Avoir cotisé sur un salaire >= 1 015 SMIC horaires dans les 6 mois civils avant l'arrêt de travail (2 030 pour les saisonniers) **Arrêts >= 6 mois** Dans tous les cas : au moins 12 mois d'immatriculation à la SS à la date de l'arrêt Et Au moins 600 heures de travail dans les 12 mois ou 365 jours précédents Ou bien Avoir cotisé sur un salaire >= 2 030 SMIC horaires pendant les 6 mois civils précédents	Dans tous les cas : au moins 10 mois d'immatriculation à la SS à la date de l'arrêt Et Au moins 150 heures de travail pendant les 3 mois ou 90 jours précédents Ou bien Avoir cotisé sur un salaire >= 1 015 SMIC horaires pendant les 6 mois civils précédents	Pas de condition préalable de durée d'immatriculation, de quotité de travail ou de durée de cotisation
Base de calcul de l'indemnité	Salaire brut des 3 mois précédant l'arrêt ou des 12 mois si activité discontinue		Salaire brut du mois précédant l'arrêt
Mode de calcul de l'indemnité	50 % du salaire brut plafonné à 1,8 SMIC (66,6 % si au moins 3 enfants à charge)	Salaire journalier de base dans la limite du plafond de la SS -21 % Application pendant toute la durée de l'interruption (y compris samedis, dimanches et jours fériés)	28 premiers jours : 60 % du salaire journalier de base plafonné à 337,97 € -21 % Jours suivants : 80 % du salaire journalier de base plafonné -21 %
Montant maximal journalier (2019)	45,01 € (60,02 € si au moins 3 enfants à charge)	Minimum : 9,53 € Maximum : 87,71 €	0,834 % du plafond annuel de la SS : 202,78 € pour les 28 premiers jours 270,38 € pour les jours suivants

Source : Cour des comptes.

2 - La période d'indemnisation

L'assurance maladie indemnise les arrêts de travail pour maladie à compter du quatrième jour d'interruption d'arrêt pour les assurés du régime général. En principe, ces derniers doivent lui transmettre l'arrêt de travail dans les 48 heures suivant sa prescription[163].

Les arrêts de travail pour maladie des assurés non atteints par une affection de longue durée (ALD) sont indemnisés pendant 360 jours au plus par période glissante de trois ans.

Les assurés en ALD bénéficient d'indemnités pendant une durée maximale de trois ans, sans plafonnement du nombre de jours d'indemnisation. S'ils reprennent le travail pendant au moins un an ou qu'une autre ALD leur est reconnue, ils peuvent à nouveau être indemnisés pendant trois ans ; s'ils ont bénéficié de moins de 360 jours d'indemnisation, ils peuvent reporter le reliquat non pris au-delà de la période de trois ans.

Pour leur part, les indemnités journalières pour AT-MP sont versées pendant toute la période d'incapacité temporaire jusqu'à la guérison ou la consolidation de l'état de santé de la victime. Les indemnités journalières pour maternité sont versées pendant toute la durée du congé maternité.

Des couvertures complémentaires légale et conventionnelles de portée variable, qui couvrent une partie des jours de carence

La loi du 19 janvier 1978, dite de mensualisation, impose aux employeurs de verser aux salariés un complément d'indemnisation, qui vient s'ajouter aux indemnités pour maladie ou AT-MP versées par l'assurance maladie. Ce complément est lié au contrat de travail et donc dépourvu de portabilité d'un employeur à l'autre. Cette obligation ne s'applique pas aux salariés travaillant à domicile, aux saisonniers, aux intérimaires, aux intermittents, aux assistants maternels, aux salariés des employeurs particuliers et aux salariés embauchés depuis moins d'un an, soit 5,4 millions de salariés en 2015. La plupart des salariés en contrat à durée déterminée n'ont ainsi pas droit au complément légal.

[163] Le délai de carence ne s'applique pas au deuxième arrêt prescrit pour un motif identique à celui du premier arrêt dans un délai n'ayant pas dépassé 48 heures après la fin de ce dernier. De même, lorsque des arrêts successifs sont prescrits à une personne souffrant d'une ALD, le délai de carence ne s'applique qu'au titre du premier arrêt.

Pour bénéficier de cette indemnisation, le salarié doit justifier d'une année d'ancienneté dans l'entreprise et fournir les éléments attestant de son indemnisation par l'assurance maladie. L'indemnisation complémentaire est due après un délai de carence de sept jours.

Ainsi, le montant global de l'indemnisation par l'assurance maladie et l'employeur est de 90 % du salaire brut pendant les 30 premiers jours de l'arrêt, après le délai de carence de 7 jours, puis de 66,66 % pendant les 30 jours suivants. La durée d'indemnisation est prolongée de 10 jours par période de cinq années d'ancienneté. La durée d'indemnisation est augmentée de dix jours par période entière de cinq ans d'ancienneté en plus de la durée d'une année initialement requise, sans dépasser 90 jours.

Par ailleurs, les conventions de branche et les accords d'entreprise peuvent prévoir une indemnisation supplémentaire, qu'il s'agisse de l'extension du complément obligatoire au-delà du champ d'application de la loi de mensualisation (intérimaires, assistants maternels, employés de maison), d'une couverture totale ou partielle du délai de carence ou d'un complément employeur plus favorable. Selon une étude de 2017 de la DREES, 43 % des établissements déclaraient prendre en charge tout ou partie des jours de carence de leurs salariés.

B - Un processus de gestion lourd et entraînant des dépenses injustifiées ou potentiellement évitables

Le processus administratif et médical des indemnités journalières présente des faiblesses marquées : délais souvent élevés de mise en paiement des indemnités, dématérialisation partielle de l'acquisition et du traitement des données nécessaires à leur attribution, maîtrise insuffisante de la réglementation au stade de la liquidation des prestations et discontinuités des processus de gestion de l'indemnisation des arrêts de travail et d'autres situations d'inactivité.

Ces faiblesses pèsent sur les coûts de gestion des indemnités journalières par les services administratifs de l'assurance maladie. Surtout, des erreurs interviennent dans l'attribution et le calcul des indemnités journalières et la durée de versement de certaines indemnités est anormalement élevée, du fait de pratiques de gestion sous-optimales. Pour 2018, la Cour, à partir de données communiquées par la CNAM, évalue le montant agrégé des dépenses injustifiées ou potentiellement évitables à près de 0,8 Md€ par an, dont 300 M€ au titre des erreurs dans l'attribution

et le calcul des prestations et 485 M€[164] au titre de l'allongement anormal de certaines durées de versement. Les informations transmises par la CNAM ne permettent cependant pas de chiffrer la totalité des anomalies.

Si les actions engagées par la CNAM produisent des résultats significatifs en matière de dépenses potentiellement évitables, d'importantes marges de progrès subsistent pour assurer le paiement à bon droit des indemnités journalières.

Les coûts de gestion des indemnités journalières

En 2017, 2 975 emplois exprimés en équivalent temps plein (ETP) étaient affectés à la gestion des indemnités journalières, soit 14 % des ETP de la CNAM et des CPAM, contre 3 096 en 2015. Rapportés à 32,8 millions de décomptes d'indemnités en 2017 contre 29,7 millions en 2015, ils conduisaient à un coût de traitement unitaire moyen de 5,45 € en 2017 contre 6,28 € en 2015[165]. S'agissant des indemnités AT-MP, les effectifs s'élevaient à 714 ETP en 2017 (749 en 2015), les décomptes à 5,3 millions (5 millions en 2015) et le coût unitaire de traitement à 8,30 €.

1 - Une lente réduction des délais de mise en paiement des indemnités

Les délais de mise en paiement des indemnités journalières ne se réduisent que lentement.

Ainsi, le délai moyen de paiement de la première indemnité maladie non subrogée par l'employeur s'élevait à 27,7 jours en 2017, après 28,8 jours en 2015 et 34,4 jours en 2013. La convention d'objectifs et de gestion de la branche maladie du régime général avec l'État (COG) pour les années 2018 à 2022 prévoit une réduction modeste de ce délai, à 25 jours en 2022.

[164] Selon la CNAM, ce montant serait ramené à 215 M€ quand des mesures déjà prises auront fait sentir leurs effets, et pourrait être quasiment annulé si des mesures réglementaires venaient soutenir l'évolution des pratiques de gestion.
[165] Pour les années précédentes, les modalités de décompte des effectifs par processus étaient différentes, si bien que la CNAM attribuait à ce processus 4 000 ETP.

En 2012, la Cour avait recommandé de développer la subrogation[166], qui ne concernait en 2010 qu'un tiers des indemnités payées pour la maladie. Bien que le délai moyen de règlement aux employeurs des indemnités subrogées ait été divisé de plus de moitié (17,5 jours en 2017, contre 42 jours en 2013), la subrogation stagne : en 2016, elle concernait seulement 33,6 % des indemnités maladie (soit 2,6 Md€ ou 37 % de leur montant), 23,7 % des indemnités AT-MP (soit 742 M€) et 28,4 % des indemnités maternité (soit 920 M€). À défaut d'un engagement de l'assurance maladie sur les délais de remboursement, la plupart des employeurs sont réticents à faire l'avance du règlement des indemnités.

2 - Une dématérialisation encore partielle

La dématérialisation encore partielle de l'acquisition et du traitement des données nécessaires à l'indemnisation des arrêts de travail concourt à la longueur des délais de mise en paiement des indemnités.

S'agissant de l'attestation de salaire, par laquelle l'employeur est tenu de communiquer à l'assurance maladie les informations nécessaires à la liquidation des indemnités journalières, les envois papier ne représentaient plus que 14 % des transmissions début 2017. Néanmoins, la transmission[167] par la déclaration sociale nominative (DSN), en principe obligatoire pour l'ensemble des employeurs du secteur privé depuis 2017, connaît une montée en charge progressive : début 2018, elle ne représentait que 55 % des attestations dématérialisées, contre 45 % pour l'outil mis à disposition par la CNAM.

Bien qu'en progrès, la dématérialisation des avis d'arrêt de travail est moins avancée. En juillet 2019, 47 % des avis (contre 22,6 % en 2016) ont été établis et transmis par les médecins prescripteurs à l'assurance maladie dans le cadre du service dématérialisé qu'elle met à leur disposition. Dans les autres cas, le médecin continue à transmettre à l'assuré les volets de l'avis d'arrêt de travail destinés à l'assurance maladie (1er volet destiné au service médical et 2ème volet destiné aux services administratifs). L'assuré doit alors les adresser au service médical de l'assurance maladie (qui transmet le 2ème volet aux services administratifs).

[166] La subrogation consiste en le maintien par l'employeur, pendant la durée de l'arrêt de travail, de tout ou partie du salaire, pour un montant au moins égal à celui des indemnités journalières, ce qui assure la continuité des ressources du salarié. L'assurance maladie verse alors à l'employeur les indemnités dues au salarié. L'employeur est subrogé de plein droit lorsqu'une disposition réglementaire (Alsace Moselle) ou conventionnelle le prévoit ; à défaut le salarié doit donner son accord.

[167] Par la voie d'une déclaration événementielle intervenant dans un délai de cinq jours suivant la réception de l'avis d'arrêt de travail.

Par ailleurs, il doit communiquer dans tous les cas à l'employeur le volet, non dématérialisé, destiné à ce dernier (3ème volet).

Selon la prévision de la CNAM, les transmissions d'avis d'arrêt de travail non dématérialisés conduiraient en 2019 à réceptionner et à intégrer tardivement à son système d'information quelque 155 000 prescriptions, ce qui allonge leur délai moyen de paiement et rend certains contrôles inopérants.

L'instauration d'une obligation de prescription par la voie dématérialisée, prévue d'ici le 31 décembre 2021 par la loi 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, sous réserve de certaines exceptions à définir, devrait permettre de réduire les délais d'acquisition et de traitement des avis d'arrêt de travail.

En dehors de la dématérialisation partielle des avis d'arrêt de travail, d'autres facteurs contribuent à l'allongement des délais de mise en paiement des prestations : l'absence de réception d'une prescription effectuée par un médecin de ville, alors que les données de l'employeur font état d'un arrêt de travail ; le défaut de transmission de l'arrêt par l'établissement hospitalier dans lequel le patient a été admis ; l'envoi tardif de l'avis d'arrêt du fait de l'assuré. Dans ce dernier cas, les CPAM adressent à l'assuré un simple avertissement, sans appliquer les dispositions du code de la sécurité sociale[168] qui leur donnent la faculté de rejeter la demande d'indemnisation.

La dématérialisation encore largement inachevée de la liquidation des prestations favorise elle aussi l'allongement des délais de règlement des indemnités. C'est seulement dans la moitié des cas, correspondant à des arrêts simples, généralement de courte durée, que les prestations sont liquidées sans intervention manuelle. Les envois tardifs ou complémentaires d'attestations de salaires, par le (ou les) employeur(s), voire de copies de bulletins de salaires par les salariés eux-mêmes, par exemple quand ils ont ou ont eu plusieurs employeurs ou sont au chômage, entraînent des traitements manuels. À toutes les étapes du processus, des rejets ou des signalements d'anomalies nécessitent des retraitements manuels, avant la reprise des étapes automatisées suivantes.

[168] Selon l'article R. 323-12 du code de la sécurité sociale, la caisse est fondée à refuser le bénéfice des indemnités journalières afférentes à la période pendant laquelle son contrôle aura été rendu impossible, en dehors du cas d'une ALD.

3 - De fréquentes erreurs dans l'attribution et le calcul des prestations, généralement au détriment de l'assurance maladie

En application de la COG, la CNAM effectue chaque année un test national de recalcul (« re-liquidation ») des indemnités journalières sur un échantillon de 1 000 prestations au titre des trois risques maladie, maternité et AT-MP. Ce test, dont la Cour tient compte après vérification dans ses opinions sur la régularité et l'image fidèle des comptes des branches maladie et AT-MP[169], porte sur les erreurs commises par les services administratifs des CPAM.

Pour 2018, 12 % des indemnités nouvellement attribuées comportaient une erreur de portée financière. Le montant agrégé des erreurs représentait l'équivalent de 3,9 % du montant total des règlements au titre des trois risques, soit 538 M€ d'erreurs au total, dont 414 M€ au détriment de l'assurance maladie et 124 M€ au détriment des assurés et des employeurs subrogés[170]. Le coût net de ces erreurs pour l'assurance maladie avoisine ainsi 300 M€.

L'ampleur des erreurs de liquidation des indemnités journalières résulte du manque de contrôles automatisés de cohérence sur les données déclarées par les employeurs et les assurés. Elle traduit aussi une maîtrise insuffisante de la réglementation lors des étapes manuelles de la liquidation portant sur la détermination de la période de référence et des salaires à prendre en compte, notamment pour les salariés ayant plusieurs employeurs, les travailleurs saisonniers, ceux en contrat à durée déterminée et ceux alternant des périodes travaillées et de chômage.

Pour leur part, les anomalies susceptibles d'affecter les décisions du service médical ou leur prise en compte par les services administratifs ne sont pas mesurées. Si tel était le cas, les erreurs affectant les indemnités journalières liquidées s'inscriraient à un niveau encore plus élevé.

[169] Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale, exercice 2018*, La Documentation française, mai 2019, 63 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

[170] Ces données correspondent à la valeur centrale de celles comprises, avec un degré d'assurance au plan statistique de 95 %, entre 10 % et 14 % pour la fréquence des erreurs de liquidation et de 434 M€ et 609 M€ pour le montant des erreurs.

4 - Un allongement parfois anormal des durées de versement qui occasionne des dépenses évitables

L'articulation imparfaitement assurée de la gestion des arrêts de travail et des indemnités journalières au sein du service médical, entre les services administratif et médical et avec celle d'autres prestations sociales, occasionne un allongement parfois anormal de la durée de versement des prestations.

Un audit de 2015 de la CNAM avait recensé à ce titre une dizaine de points de fuite, évalués entre 600 et 800 M€ par an au total.

À la demande de la Cour dans le cadre de la présente enquête, la CNAM a actualisé cette évaluation. Les informations transmises font apparaître que les améliorations apportées aux processus de gestion de l'indemnisation des arrêts de travail auraient permis de ramener ces dépenses potentiellement évitables de 825 M€ à 485 M€. Selon la CNAM, ce montant serait encore réduit à 215 M€ quand les mesures internes engagées (notamment la refonte du système d'information du service médical) auront produit l'ensemble des effets qui en sont attendus. Au-delà, des évolutions réglementaires permettraient d'accroître la portée financière de ces actions, pour un montant estimé à 200 M€. L'estimation des dépenses évitables reste cependant incomplète sur certains points.

a) Des délais de convocation, de reprise du travail et d'indemnisation des assurés à réduire

Plus les délais de convocation des assurés par le service médical sont longs, plus le risque de versement d'indemnités sans justification médicale est élevé. À cet égard, le délai moyen entre l'envoi de la convocation à l'assuré et la présentation de ce dernier devant le médecin conseil a été réduit de 31 jours en 2015 à 23 jours en 2019[171] ; 60 % des assurés sont désormais reçus par le service médical dans un délai inférieur à 15 jours. L'assurance maladie a pour objectif de réduire le délai moyen à moins de 8 jours en 2020.

D'autres marges d'amélioration des processus de gestion subsistent.

Ainsi, l'indemnisation continue d'un arrêt de travail est plafonnée à 180 jours d'indemnisation. Sa poursuite est conditionnée à la reconnaissance d'une affection de longue durée (ALD) après avis du service médical. Or, au premier semestre 2018, 2 864 ouvertures de droit à

[171] Sauf mention contraire, les indications chiffrées relatives à 2019 correspondent à la situation observée au 2ème trimestre 2019.

indemnisation au-delà de 180 jours ont été effectuées sans cet avis et 11 914 avis ont été donnés *a posteriori*, après l'ouverture des droits.

En 2018, la durée moyenne des temps partiels thérapeutiques (TPT) s'élevait à quatre mois. Cependant, 2 831 TPT accordés dépassaient 12 mois. Ce dispositif, qui peut conduire à majorer d'un an le délai maximal de trois ans pendant lequel l'indemnité journalière est maintenue[172], appelle une surveillance particulière. De fait, il crée un droit à l'ouverture d'un arrêt de longue durée, au titre d'une ALD, lorsque l'assuré est placé en TPT au moment où il dépasse 180 jours d'arrêt de travail. Cette situation, qui concernait 10 % des TPT en 2018, donne lieu depuis 2019 à une procédure de signalement avant que la durée du TPT n'atteigne 180 jours. Elle devrait permettre de réduire fortement le nombre de TPT de longue durée injustifiés.

Au total, 90 M€ d'économies annuelles auraient été réalisées depuis 2015 au titre de l'ensemble des entrées de patients dans le dispositif des ALD. Néanmoins, les modalités perfectibles de leur gestion occasionneraient encore 70 M€ d'excès de dépenses à l'assurance maladie.

L'allongement de la durée de versement des indemnités peut aussi résulter des délais qui s'écoulent entre le moment où le service médical, ayant convoqué l'assuré, a constaté que l'arrêt n'avait pas lieu de se poursuivre, et celui de la reprise du travail. Ainsi, si le délai moyen séparant ces deux événements a, selon la CNAM, été ramené à 18 jours en 2019 (contre 24 en 2014), il dépassait encore 15 jours dans 70 % des cas. La CNAM estime à 50 M€ les économies possibles à ce titre (venant s'ajouter à celles de 55 M€ déjà réalisées).

Par ailleurs, le service médical retient généralement comme date de prise d'effet d'une suspension de versement des indemnités celle de la fin de l'arrêt prescrit par le médecin, alors que le code de la sécurité sociale[173] vise dans le cas général la date à laquelle le patient a été informé par le praticien-conseil de l'assurance maladie. Si les dérogations à cette règle étaient l'exception et non la pratique prépondérante du service médical, l'assurance maladie pourrait selon la CNAM réaliser, a minima, plus de 50 M€ d'économies par an.

Enfin, alors que l'indemnisation des assurés hors ALD est limitée dans le cas général à 360 jours par période de trois années glissantes, 166 000 assurés hors ALD ont été indemnisés plus de 360 jours au cours de la période 2015-2017 et 153 000 au cours de la période 2014-2016. En

[172] Article R. 323-3 du code de la sécurité sociale.
[173] Article L. 315-2.

2019, la CNAM a déployé des requêtes visant à détecter les cas dans lesquels les assurés cumulent un nombre élevé de journées d'arrêts de travail et à les convoquer par le service médical afin d'apprécier leur situation. Dans le cadre de l'enquête de la Cour, elle n'a cependant pas été en mesure d'identifier la part des indemnisations supérieures à 360 jours effectuées à bon droit, par exemple lorsque les assurés bénéficient d'un temps partiel thérapeutique. L'étendue et l'impact financier de potentielles anomalies ne sont pas suivis.

b) Un suivi des parcours des assurés à resserrer

D'autres points de fuite tiennent à une articulation mal assurée de l'indemnisation des arrêts de travail avec trois autres dispositifs de prise en charge de situations d'inactivité : invalidité, chômage et retraite.

Afin que les indemnités journalières indemnisent effectivement une incapacité temporaire, le service médical doit appréhender en temps voulu la stabilisation de l'état du patient, nécessaire à la reconnaissance de l'invalidité. Or, en 2018, 25 300 assurés indemnisés depuis plus de 12 mois n'avaient pas été vus par le service médical ; d'après la CNAM, leur nombre se réduirait en 2019. En outre, 48 % des assurés dont l'invalidité a été reconnue en 2017 avaient été indemnisés au titre du risque maladie pendant au moins 400 jours dans les trois ans avant cette reconnaissance et 10 % pendant au moins 600 jours.

Par ailleurs, sur les premiers mois de 2019, le délai de prise d'effet de l'invalidité dépassait encore 45 jours après l'avis médical dans 29 % des cas, contre la totalité en 2014.

Les CPAM peuvent détecter le cumul injustifié d'indemnités journalières et d'allocations chômage en consultant les informations mises à leur disposition par Pôle emploi[174]. Cette modalité de contrôle au cas par cas est cependant moins efficace qu'un transfert régulier d'informations de Pôle emploi à l'assurance maladie, suivi de leur analyse selon un procédé automatisé, comme c'est le cas pour les CAF. À cet égard, l'assurance maladie ne suit pas le nombre de bénéficiaires d'allocations chômage concernés par un arrêt de travail, ni le montant des indemnités

[174] Sur un portail d'informations (AIDA).

correspondantes[175]. Des évolutions réglementaires seraient souhaitables afin de garantir la cohérence mutuelle des règles de ces deux dispositifs.

S'agissant des assurés cumulant une retraite et un emploi, le service médical de l'assurance maladie ne reçoit pas les informations utiles de la CNAV pour cibler les contrôles, vérifier que les arrêts de travail sont justifiés et s'assurer que les assurés concernés demeurent aptes au travail.

C - Un contrôle du service médical à renforcer

Les actions de gestion du risque déployées par l'assurance maladie en direction des assurés et des médecins prescripteurs atténuent l'évolution spontanée du nombre et de la durée des arrêts de travail indemnisés.

Elles conduisent cependant à ne réaliser qu'une partie des économies prévues par rapport à l'évolution tendancielle des dépenses. De ce fait, les indemnités journalières contribuent au dépassement récurrent du sous-objectif de l'ONDAM relatif aux soins de ville qui peut être constaté depuis 2014. La nature, le périmètre ou le positionnement dans le temps des actions mises en œuvre en éclairent les limites.

1 - Des contrôles sur les assurés en cours de réorganisation

En contrepartie de l'indemnisation, l'assuré doit respecter les horaires de sortie prescrits par le médecin et répondre aux convocations des échelons locaux du service médical de l'assurance maladie (ELSM)[176].

Malgré une augmentation de l'effectif de bénéficiaires d'indemnités journalières, passé de 4,6 à 4,9 millions entre 2012 et 2017, le nombre de convocations d'assurés est resté globalement stable. Il s'élevait à 948 025 en 2018 contre 937 832 en 2015. La CNAM a pour objectif de porter le nombre de contrôles à 1,2 million en 2019.

Le service médical de l'assurance maladie remet en cause l'arrêt de travail prescrit par le médecin dans une minorité de cas. Sous l'effet d'un

[175] Selon l'audit de 2015 précité, quelque 290 000 chômeurs avaient présenté en 2014 au moins un arrêt de travail, pour une durée moyenne de 35 jours et un montant d'indemnités journalières de 260 M€. Ces données ne sont pas suivies.

[176] Les assurés en arrêt de travail sont par ailleurs soumis à des contrôles que peuvent déclencher les employeurs à leur domicile. En 2016, 150 000 contre-visites ont été effectuées à l'initiative de l'employeur, soit l'équivalent de 2 % des arrêts de l'année. Seule la moitié de ces contre-visites a abouti. Dans les autres cas, l'absence du salarié, compte tenu notamment de l'autorisation de sorties libres par le médecin, ou le refus du salarié de participer à l'entretien de contrôle, ont rendu ce dernier inopérant.

meilleur ciblage des dossiers contrôlés, le taux d'avis défavorables a cependant fortement augmenté : selon la CNAM, il atteindrait 19 % des dossiers sur les premiers mois de 2019, contre 13,5 % en 2017 et 8,7 % en 2014.

Ces contrôles sont cependant inégalement couvrants : fin juillet 2018, 94,2 % des arrêts de travail de plus de six mois d'assurés en affection de longue durée (ALD) avaient été contrôlés, mais seulement 66,5 % de ceux des autres assurés (au regard d'une cible de 85 %) ; 43 % des assurés indemnisés depuis plus de 310 jours avaient été contrôlés (au regard d'une cible plus limitée de 50 %). Dans le cas général, les contrôles sur les arrêts longs sont mis en œuvre à un moment déjà avancé de ces derniers, ce qui limite l'effet favorable pour l'assurance maladie de leur éventuelle remise en cause par le service médical.

Par ailleurs, une partie des arrêts de travail sont prescrits à de mêmes assurés par plusieurs médecins : par deux généralistes distincts pour 700 000 assurés, par trois généralistes pour 107 000 assurés et par quatre généralistes pour 18 500 assurés ; de plus, 13,5 % des arrêts ont été renouvelés par un praticien d'une spécialité différente de celui à l'origine du premier arrêt (selon des données 2017). Au-delà de situations normales (déménagement en cours d'année ou travail saisonnier des assurés, indisponibilité ponctuelle du médecin traitant), l'assurance maladie devrait s'attacher à cerner celles qui caractérisent un « nomadisme médical » justifiant un contrôle de l'assuré.

Les fraudes et fautes détectées aux indemnités journalières

En 2017, les services administratifs et le service médical de l'assurance maladie ont détecté 270 M€ de préjudices subis ou évités, tous droits et prestations confondus, au titre de fraudes et de fautes (pour lesquelles l'intentionnalité propre à la qualification de fraude n'a pu être démontrée), contre 244,8 M€ en 2016.

Dans cet ensemble, les fraudes et fautes aux indemnités journalières représentaient 13 M€ pour 3 200 dossiers, soit une augmentation de 21,7 % par rapport à 2016 (10,7 M€) et de 140 % depuis 2010 (5,4 Md€), soit un taux de croissance annuel moyen de 13,3 %. Au-delà de la constatation des indus correspondants, l'assurance maladie a appliqué près de 800 pénalités financières pour un montant total de 2,6 M€, contre 3,3 M€ en 2016.

Les principaux motifs des fraudes et fautes aux indemnités journalières sont, pour 52 %, la falsification, la contrefaçon, l'utilisation de faux justificatifs en matière de droits ou de prescriptions, pour un préjudice évalué à 6,8 M€. Les autres motifs concernent le cumul d'une activité et d'un arrêt de travail pour un préjudice évalué à 6,1 M€.

2 - Une gradation d'actions à l'égard des « gros prescripteurs » d'arrêts de travail dont les effets restent limités

Parallèlement aux missions confiées aux délégués de l'assurance maladie (DAM)[177], le service médical analyse notamment la justification et l'efficience des prescriptions médicales. La complémentarité entre les DAM et les praticiens conseils, aidés par des infirmiers et des conseillers[178], est donc essentielle pour la gestion du risque par l'assurance maladie. La CNAM évalue à environ 7 000 les médecins fortement prescripteurs, 7 000 également les médecins très fortement prescripteurs et de 700 à 1 000 les médecins sur-prescripteurs, auxquels sont réservées les actions les plus contraignantes.

a) Des actions principalement non contraignantes

Les CPAM organisent des actions de communication auprès des représentants locaux des médecins qui visent à les impliquer dans l'enjeu de la maîtrise des arrêts de travail.

Au-delà, la CNAM prévoyait en 2018 de réaliser 8 000 échanges confraternels de médecins conseils du service médical pour les médecins les plus fortement prescripteurs d'arrêts de travail et 8 000 visites de DAM pour les autres.

Par ailleurs, des programmes personnalisés d'accompagnement (PPA) permettent depuis 2017 aux médecins qui le souhaitent d'obtenir une assistance du service médical pour des cas concrets de leur patientèle.

Pour les médecins qui dépassent la moyenne régionale de prescription, le service médical organise depuis 2016 des entretiens préalables ou d'alerte qui précèdent, le cas échéant, des mesures plus coercitives (voir *infra*). Ces entretiens prennent appui sur des fiches qui caractérisent le profil de prescription des médecins concernés par rapport à leurs confrères. Selon la CNAM, 527 médecins ont fait l'objet de tels entretiens dans le cadre de la campagne d'actions 2016-2017. Un tiers des médecins ayant bénéficié d'un entretien a baissé de 20 % ses prescriptions, tout en maintenant un volume de prescriptions supérieur à la moyenne.

---

[177] Qui délivrent aux médecins une information structurée sur les évolutions réglementaires et les objectifs conventionnels et de gestion de l'assurance maladie.
[178] Ces emplois ont été créés respectivement en 2015 et 2018. Ils visent à permettre aux médecins conseils de concentrer leur action sur des tâches à plus forte valeur ajoutée.

En dernier ressort, lorsque les entretiens préalables et d'alerte ne permettent pas de modifier la pratique de prescription d'un médecin, l'assurance maladie peut conclure avec ce dernier une convention de mise sous objectif (MSO)[179]. En cas de refus, le directeur de la CPAM peut conditionner les prescriptions du médecin à une mise sous accord préalable (MSAP) du service médical[180]. Cette procédure peut être engagée lorsque les prescriptions indemnisées (corrigées de la patientèle en ALD) dépassent nettement les données moyennes de prescription indemnisées des médecins ayant un profil de patientèle similaire.

En 2018, seuls 596 médecins au total[181] ont été identifiés au plan national comme susceptibles de faire l'objet d'une MSO ou d'une MSAP (soit 0,6 % des 101 400 médecins ayant prescrit des arrêts de travail). En 2016-2017, seules 47 MSO et 39 MSAP ont en définitive été prononcées.

b) Un impact globalement limité sur les dépenses

Selon la CNAM, la campagne 2016-2017 d'actions du service médical auprès des médecins sur-prescripteurs d'arrêts de travail aurait permis 59,1 M€ d'économies (dont 36,2 M€ pour les entretiens préalables, 9,8 M€ pour ceux d'alerte et 13,1 M€ pour les MSO/MSAP). Au cours de la période récente, l'assurance maladie a de moins en moins recouru aux procédures contraignantes de MSO/MSAP, sans que les entretiens préalables et d'alerte aient un impact notable sur l'évolution des dépenses.

[179] Instaurée en 2012, la MSO permet au service médical de proposer au médecin de s'engager sur un objectif de réduction des prescriptions dans un délai convenu. Si le médecin ne respecte pas ses engagements, l'assurance maladie peut, après procédure contradictoire, lui appliquer des pénalités d'un montant maximal égal à deux plafonds mensuels de la sécurité sociale (6 754 € en 2019) ; pour 2016-2017, leur montant moyen s'est élevé à 2 259 €.

[180] La MSAP, mise en œuvre pour les prescriptions d'indemnités journalières depuis 2006, permet à l'assurance maladie de subordonner les prescriptions d'un médecin, pour une durée maximale de six mois, à l'accord préalable du service médical. L'assuré est averti par courrier des conditions spécifiques de la prescription de l'arrêt qui lui a été accordé. L'assurance maladie peut appliquer dans les conditions précitées une pénalité financière en cas de récidive faisant suite à deux périodes de mise sous accord préalable ; pour 2016-2017, leur montant moyen a atteint 3 269 €.

[181] Ils étaient au nombre de 824 en 2017 et de 543 en 2016.

Tableau n° 21 : économies permises[182] par les MSO et MSAP (en M€)

	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Nombre de médecins concernés	375	512	433	86
Économies réalisées	49,1 M€	72,1 M€	56,4 M€	13,1 M€
Montant moyen par médecin et par mois	8 186 €	8 804 €	7 672 €	8 519 €

Source : CNAM.

À partir de cette année, l'assurance maladie entend renforcer les contrôles portant sur la pertinence des prescriptions, en visant à ce titre les arrêts de plus de 180 jours relatifs à des pathologies dont la recommandation cible est inférieure à ce seuil. Si les arrêts de courte durée forment une part limitée des dépenses, leur contrôle constitue néanmoins un enjeu important : la succession d'arrêts courts, mais répétitifs, aboutit en pratique à des arrêts de longue durée.

III - Réguler plus efficacement les dépenses

Une responsabilisation accrue de l'ensemble des acteurs, médecins prescripteurs, patients et employeurs est indispensable à une maîtrise effective du nombre et de la durée des arrêts. Elle nécessite à cet effet des procédures et instruments plus efficaces.

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

Les arrêts de travail sont une source de désorganisation du travail dans les entreprises et de coûts pour la collectivité à travers leur prise en charge par l'assurance maladie et, le cas échéant, par des assurances complémentaires subventionnées sur le plan fiscal et social. En maîtriser le nombre et la durée nécessite de faire évoluer les comportements des employeurs et des salariés qui suscitent en partie leur demande.

[182] Les économies réalisées sont estimées en calculant la différence entre le nombre d'indemnités théoriquement prescrit (nombre d'indemnités calculé si le rapport du volume d'indemnités prescrit entre les médecins ciblés et les médecins non ciblés était resté le même) et le nombre d'indemnités réellement observé.

1 - Amplifier les actions de sensibilisation des entreprises

Les échanges du service médical de l'assurance maladie avec les médecins du travail, les représentants des employeurs et des salariés, les médecins traitants et les acteurs paramédicaux qui interviennent dans le parcours de soins des patients devraient être significativement renforcés. Les réunions territoriales mises en œuvre depuis fin 2018 par les échelons locaux du service médical, en vue de favoriser la coordination des acteurs du retour au travail du salarié, sont une première étape dans cette direction.

À la suite de premières expérimentations, le service médical de l'assurance maladie devrait élargir les échanges réguliers initiés[183] avec les entreprises affectées par des fréquences ou des volumes particulièrement élevés d'arrêts de travail, ainsi qu'avec les médecins du travail dont elles relèvent. Les actions à déployer pourraient consister à améliorer la connaissance des entreprises sur les motifs des arrêts de leurs salariés pris ensemble (sans détail individuel), à leur communiquer des éléments de comparaison avec des entreprises ayant une activité et une taille similaires et à mettre en place un suivi des arrêts en liaison avec leur service des ressources humaines (quand elles en sont dotées) et la médecine du travail.

Par ailleurs, des messages de santé publique autour des pathologies courantes à l'origine d'arrêts maladie devraient être diffusés au sein des entreprises. Ils pourraient être relayés par les CARSAT, à l'occasion des réunions collectives sur la prévention des risques professionnels.

2 - Inciter financièrement les entreprises à agir sur les causes internes d'une partie des arrêts de travail

Au-delà de ces actions de sensibilisation, la typologie sectorielle des arrêts de travail pour maladie et les écarts qui peuvent être constatés au sein d'un même secteur invitent à mettre en place des mécanismes de régulation visant à responsabiliser plus fortement les employeurs.

Aux Pays-Bas, après une forte hausse des arrêts utilisés comme une alternative au chômage, l'obligation de prise en charge par les employeurs du revenu de remplacement a été portée par étapes à deux ans en 2004.

L'instauration d'une nouvelle incitation financière, au-delà des couvertures complémentaires légale et conventionnelles (voir encadré *supra* page 149), pourrait également être envisagée en France, sous réserve

[183] En 2019, cette action viserait 500 entreprises de plus de 200 salariés (150 en 2018).

que son efficacité soit établie pour les pays qui l'ont mise en place, sans que soient constatées des discriminations à l'embauche.

À titre d'illustration, un report sur les employeurs de 20 % du coût de l'indemnisation des arrêts de moins de six mois (pour lesquels les indemnités versées à des assurés en ALD représentent uniquement 20 % du montant total des indemnités correspondantes), procurerait à l'assurance maladie une économie de 0,8 Md€, qui pourrait être compensée par une baisse des cotisations dont sont redevables les entreprises.

3 - Responsabiliser également les salariés

Afin de limiter 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[184], pourrait par ailleurs être instauré, comme c'est déjà le cas dans la fonction publique[185].

Du fait de l'absence de maintien de salaires par l'employeur lors du jour de carence, cette mesure induirait des pertes de recettes de cotisations patronales à nombre inchangé d'arrêts de travail[186]. Elle pourrait cependant procurer une économie pour la sécurité sociale si elle entraîne une réduction notable de la demande d'arrêts de travail de courte durée. Cela suppose aussi l'absence de compensation du jour de carence par un allongement de la durée moyenne des arrêts prescrits.

Les études menées sur l'effet d'un jour de carence sur le recours aux arrêts de travail montrent que l'économie potentielle bénéficierait principalement aux entreprises qui compensent actuellement les jours de carence, tandis que celle en faveur de l'assurance maladie serait limitée.

L'instauration d'un jour de carence d'ordre public adresserait aux salariés, aux employeurs et aux médecins prescripteurs un signal supplémentaire en faveur de la maîtrise de la fréquence des arrêts et viserait à mieux maîtriser les arrêts courts, parfois répétés, source de

[184] En application de l'article L. 2251-1 du code du travail, le caractère d'ordre public peut en effet interdire pour les salariés du secteur privé la prise en charge de cette journée par une mesure conventionnelle.

[185] Après avoir été mis en place en 2012, puis retiré en 2014, un délai de carence d'une journée pour les fonctionnaires (de l'État, territoriaux et hospitaliers) a été restauré par la loi de finances pour 2018. Avant prise en compte de ses effets éventuels sur la durée des arrêts de travail, l'économie liée à cette mesure est estimée à 270 M€ pour 2018.

[186] À nombre inchangé de jours d'arrêt, cette mesure se traduirait en effet par une économie de 240 M€ de prestations d'indemnités journalières, mais une perte de 350 M€ de cotisations patronales (au titre de la maladie et des autres risques sociaux).

désorganisation dans l'entreprise. Afin qu'elle produise les effets qui en sont attendus, elle devrait s'accompagner d'une communication adaptée des pouvoirs publics en direction des assurés comme des médecins.

B - Recentrer les arrêts de travail prescrits sur leur finalité médicale

1 - Inviter les médecins à une rigueur accrue de prescription

Au regard de leur nombre, les diverses actions de gestion du risque mises en œuvre par l'assurance maladie paraissent couvrir chaque année pratiquement l'ensemble des médecins qu'elle identifie comme étant à l'origine de prescriptions excessives.

Elles présentent néanmoins une efficacité insuffisante : la durée moyenne des arrêts augmente pour toutes les classes d'âge ou presque.

Tout en respectant la liberté de prescription, plusieurs évolutions apparaissent nécessaires afin de mieux accompagner le corps médical dans la maîtrise des arrêts de travail.

Les médecins, notamment généralistes, peuvent être démunis pour évaluer la durée d'arrêt la mieux adaptée au rétablissement de l'état de santé de leurs patients et à la reprise de leur travail. Depuis 2010, des fiches repères établies par l'assurance maladie et validées par la HAS fournissent des durées indicatives d'arrêt pour des situations cliniques particulières ou des pathologies courantes. Cependant, les 67 fiches publiées à ce jour couvrent seulement 15 % des dépenses d'indemnisation. Leur périmètre devrait être étendu afin de couvrir la totalité des pathologies courantes.

L'instauration par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé d'une obligation de prescription par la voie dématérialisée devrait s'accompagner d'une motivation obligatoire par le médecin, garantie par des contrôles automatisés bloquants, de deux éléments : la cause médicale de l'arrêt - aujourd'hui non systématiquement renseignée par les prescripteurs - et la durée prescrite lorsqu'elle déroge à celle recommandée par les fiches repères. Une fois rendue obligatoire la dématérialisation des arrêts, le contrôle des prescriptions pourrait alors se redéployer vers l'examen de la motivation des durées dérogatoires. En l'absence de justification particulière motivée par le médecin, le médecin conseil pourra plus facilement cibler les patients à examiner et inviter les médecins concernés par des pratiques de sur-prescription à les amender.

Eu égard à l'effet dissuasif insuffisant des dispositifs de MSO et de MSAP en vigueur, le dépassement sans justification suffisante de la durée d'arrêt prévue par les fiches repères devrait par ailleurs conduire l'assurance maladie à réduire la rémunération sur objectif de santé publique versée au praticien sur-prescripteur.

Enfin, si toutes les autres actions ont échoué, la répétition d'abus manifestes devrait conduire l'assurance maladie à déconventionner les praticiens concernés pendant une certaine durée. Par définition, cette issue concernerait un nombre réduit de prescripteurs « hors norme ».

Pour l'ensemble des praticiens, une autre évolution s'impose : la communication périodique par l'assurance maladie de repères sur leur pratique de prescription afin de leur permettre de la situer par rapport à celle de leurs confrères et, le cas échéant, de la faire évoluer.

À titre d'illustration, une réduction du niveau moyen de prescription d'indemnités journalières pour maladie du 9ème décile des médecins les plus prescripteurs à celui des médecins du 8ème décile précédent procurerait à l'assurance maladie une économie annuelle de l'ordre de 0,5 Md€.

2 - Prévenir les risques de désinsertion professionnelle en régulant plus activement les arrêts de travail de longue durée

Le risque de désinsertion professionnelle des salariés est prévisible dès les six premiers mois de l'arrêt. La période de référence de trois années pour l'indemnisation des arrêts maladie peut conduire à des situations préjudiciables au retour au travail[187], alors que les progrès thérapeutiques permettent désormais dans de nombreux cas d'évaluer sur une période plus courte la stabilisation de l'état de santé des patients.

Dans ces conditions, il y aurait lieu, pour les salariés non en ALD, de réduire à deux ans la période de référence pour l'indemnisation de leurs arrêts de travail et d'adapter en conséquence la durée maximale d'indemnisation aujourd'hui fixée à 360 jours.

Pour les arrêts longs, l'organisation du retour au travail est la condition même de ce retour. Les assurés dont les perspectives de retour dans l'entreprise sur le poste précédemment occupé sont incertaines devraient bénéficier en temps utile d'un accompagnement personnalisé, de

[187] Selon les données de l'enquête IRDES, « Quel est l'impact de la survenue d'un accident du travail sur la santé et le parcours professionnel ? » publiée en 2015, l'employabilité des individus diminue fortement au-delà de la deuxième année d'arrêt de travail lié à un choc de santé (maladie ou accident). Cette difficulté est plus intense pour les femmes et s'accentue pour les deux sexes avec l'âge.

manière à préparer ce retour au travail bien avant la fin de l'arrêt. Le dispositif de *gate keeper* appliqué aux Pays-Bas offre à cet égard une référence utile.

À cet effet, un contact du service médical avec l'assuré devrait intervenir en fonction de la pathologie dans les tous premiers mois de l'arrêt de travail, en vue de mettre en place avec l'assuré et avec son employeur un plan d'accompagnement et de retour au travail lorsque l'état de santé de l'assuré le permet. Ce plan pourrait par exemple comprendre une période de télétravail, l'aménagement du poste de travail, un changement de poste ou la mise en œuvre d'actions de formation.

Ces échanges précoces contribueraient à prévenir les arrêts de travail longs pour lesquels la durée d'arrêt fragilise, voire détériore en tant que telle l'employabilité de l'assuré. Lorsqu'à l'inverse l'état de santé de l'assuré rend peu envisageable la reprise ultérieure du travail, ils viendraient préparer la reconnaissance d'une invalidité ou, le cas échéant d'une inaptitude, si l'assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite conditionnant le taux plein.

Le suivi des arrêts de travail en Allemagne et aux Pays-Bas

L'Allemagne et les Pays-Bas mettent en œuvre des politiques actives afin de prévenir la désinsertion professionnelle et favoriser le retour au travail du salarié dès que son état le permet.

En Allemagne, les caisses effectuent un suivi individualisé et proposent une offre d'accompagnement avant la 6ème semaine d'arrêt de travail. D'abord facultatif mais mis en œuvre par 80 % des caisses, ce dispositif a été rendu obligatoire en 2015. Il s'est traduit par une diminution de 9 % du nombre d'arrêts et de 12 % de leur durée[188].

Aux Pays-Bas, devant la hausse des arrêts de travail utilisés comme une alternative au chômage, l'obligation de prise en charge par les employeurs du revenu de remplacement des salariés en contrat à durée indéterminée a été portée des 6 premières semaines de l'arrêt à un an en 1996, puis à deux ans en 2004. Depuis 2002, avant la fin de la 8ème semaine d'arrêt, le salarié et l'employeur doivent analyser les conditions de retour au travail et définir un plan de retour au travail dans le cadre d'un protocole, dit *gate keeper*, soumis à l'agence d'assurance sociale. L'employeur peut cesser de verser les indemnités, voire licencier le salarié s'il ne respecte pas ses engagements sans raison valable. Lorsqu'elle examine la demande ultérieure du salarié d'une reconnaissance d'invalidité, l'agence peut la rejeter si elle estime insuffisants les efforts de réintégration au travail.

[188] IRDES d'après SVR Gesundheit, 2015.

C - Poursuivre la réduction des délais et des dépenses injustifiées ou évitables

En dehors de la dématérialisation des prescriptions médicales d'arrêt de travail dont la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé engage la généralisation, d'autres évolutions techniques sont indispensables à une gestion plus aisée, rapide et fiable des indemnités journalières.

Un premier enjeu concerne l'achèvement de la dématérialisation de l'attestation de salaire pour les indemnités journalières (DSIJ) dans le cadre de la DSN. À cet égard, il importe que le ministère chargé de la sécurité sociale et l'assurance maladie fixent un terme aux possibilités d'utilisation par les employeurs de salariés de modalités alternatives aux déclarations événementielles d'arrêts de travail de la DSN.

Par ailleurs, les situations dans lesquelles un même assuré a plusieurs employeurs de manière simultanée ou successive sur une courte période alourdissent la gestion, donnent lieu à des interprétations locales de la règle de droit propices à des inégalités de traitement et favorisent les erreurs de calcul des indemnités[189]. Afin de réduire ces difficultés, la convention d'objectifs et de gestion (COG) avec l'État de la branche maladie du régime général pour 2018-2022 prévoit la récupération automatisée d'ici 2020 de l'ensemble des données émanant de plusieurs employeurs (qui seront chaînées par le numéro de sécurité sociale de l'assuré). D'abord interne au régime général, ce dispositif sera ensuite étendu au régime agricole des salariés afin de procéder à une liquidation unique des indemnités aux assurés ayant des droits sous les deux régimes.

De manière générale, la COG 2018-2022 prévoit d'utiliser systématiquement les données véhiculées par la DSN pour calculer les indemnités journalières. Au-delà de la facilitation de leur calcul, l'assurance maladie et l'ACOSS devraient définir les outils informatiques et procédures de gestion permettant de procéder à une vérification croisée des informations déclarées dans la DSN qui fondent à la fois le droit à indemnisation et les cotisations des employeurs. En effet, les anomalies,

[189] Les CPAM appliquent parfois à tort une période de référence de trois mois ou des critères variables d'appréciation du caractère discontinu ou irrégulier du travail.

voire les fraudes qui seraient alors constatées peuvent concerner les seules indemnités[190] ou bien les cotisations comme les indemnités[191].

Par ailleurs, l'assuré se voit toujours remettre par son médecin le troisième volet de l'arrêt de travail en format papier en vue de le communiquer à son employeur. La transmission de ce volet devrait elle aussi être dématérialisée. À cette fin, la CPAM pourrait adresser à l'employeur, à la suite de la réception du deuxième volet adressé par le médecin prescripteur, un message dans le cadre de la DSN qui vienne s'implanter dans son logiciel de paie.

Enfin, il importe que la CNAM vérifie l'application par les échelons locaux du service médical et les services administratifs des CPAM de normes de gestion portant sur plusieurs points clé du processus médico-administratif de gestion des indemnités : convocation de certaines catégories d'assurés par le service médical à la suite du franchissement de certains seuils (longueur de la durée des arrêts de longue durée, cumul d'arrêts successifs, nombre de praticiens impliqués, atypie au regard du secteur d'activité ou du parcours de l'assuré) ; délais entre la date de convocation de l'assuré et celle de son examen par le service médical ; délais entre la décision de suspension du versement d'indemnités, la date de sa prise d'effet et celle de la reprise du travail de l'assuré ; date de la prise d'effet de la suspension du versement d'indemnités.

Un partage d'informations mieux assuré avec Pôle emploi et avec la CNAV s'avère par ailleurs nécessaire afin de mieux appréhender les parcours des assurés et les indemnités et prestations dont ils bénéficient.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Sous l'effet de la hausse rapide du nombre et, plus encore, de la durée des arrêts de travail qui en sont à l'origine, les indemnités journalières pour maladie pèsent sur l'équilibre financier de l'assurance maladie. L'année 2018 confirme cette évolution préoccupante, avec une hausse de 4,4 % des dépenses d'indemnisation des arrêts de travail pour maladie, tandis que la masse salariale sur laquelle est assise le financement de la sécurité sociale a progressé de 3,5 %.

[190] Conditions de durées d'activité ou cotisées non réunies, reprise non signalée de l'activité d'un salarié, cumul de salaires et d'indemnités pour une même période.

[191] Demande d'indemnisation par un salarié d'une entreprise sans salaires et cotisations déclarés au titre de la période concernée ou d'un salarié non pris en compte dans les cotisations déclarées, discordances entre l'attestation de salaires et ceux pris en compte dans les cotisations déclarées, collusions entre employeurs et salariés.

Des efforts convergents des médecins prescripteurs, des employeurs de salariés, des salariés et de l'assurance maladie elle-même sont indispensables pour ralentir la hausse des dépenses tout en répondant aux besoins des assurés.

Ils doivent viser à prévenir les arrêts injustifiés ou évitables, à favoriser une prescription mesurée, à contrarier la désinsertion professionnelle des salariés arrêtés ou, à l'inverse, à tirer plus rapidement les conséquences de l'absence de perspective d'amélioration de leur état de santé par la reconnaissance d'une invalidité (ou d'une inaptitude pour les assurés qui atteignent l'âge légal de départ à la retraite). La réduction des dépenses injustifiées ou évitables versées par l'assurance maladie du fait d'informations manquantes et de systèmes d'information et de procédures de gestion parfois défaillants ou sous-optimaux constitue un autre enjeu majeur.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

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).*

Chapitre IV

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

PRÉSENTATION

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 France, l'assurance invalidité a d'abord été établie pour les agents publics sous la forme de pensions de retraite susceptibles d'être versées de manière anticipée, puis au sein de l'assurance maladie pour les salariés du secteur privé. Cette construction historique concourt à expliquer que le risque d'invalidité soit pris en charge par une pluralité de régimes reposant sur une base professionnelle.

L'assurance invalidité regroupe ainsi des situations diverses : la plupart des personnes invalides perçoivent un revenu de remplacement jusqu'à leur retraite et une partie d'entre eux bénéficie d'une couverture complémentaire, obligatoire ou facultative pour leurs employeurs ; les fonctionnaires bénéficient quant à eux, au titre de l'invalidité, d'une pension de retraite servie par anticipation.

En retenant un champ comparable entre les différents régimes de sécurité sociale (avant l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite), près de 820 000 assurés, majoritairement âgés et à l'état de santé fragile, bénéficiaient en 2017 d'une pension d'invalidité[192] ; ils relevaient, pour les quatre cinquièmes d'entre eux, de la branche maladie du régime général de sécurité sociale des salariés du secteur privé. Pour cette même année, les dépenses de prestations d'invalidité ont dépassé 10 Md€, dont 7,4 Md€ au titre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et le solde pour les assurances complémentaires privées.

Au carrefour de l'assurance maladie, des risques professionnels, du handicap et de la retraite, l'assurance invalidité est un dispositif ancien qui a peu évolué, en dépit des transformations de l'environnement économique et social.

L'éclatement de la prise en charge du risque d'invalidité entre plusieurs régimes de base et sa confusion partielle avec celles des risques professionnels et du handicap créent des incohérences (I). Quelles que soient les évolutions qui pourraient être apportées à l'organisation de cette prise en charge, le risque d'invalidité doit être mieux centré sur son objet propre, grâce à une gestion plus active visant à mieux accompagner les pensionnés, notamment vers l'emploi lorsque leur état de santé le permet (II).

[192] Plus d'un million d'assurés au total en incluant ceux qui dépassent l'âge légal.

I - Une prise en charge de l'invalidité marquée par des incohérences

L'assurance invalidité, prestation assurantielle et contributive, prend place dans un ensemble de protections et de réglementations : l'incapacité de travail temporaire (donnant lieu à l'attribution d'indemnités journalières), l'incapacité permanente d'origine professionnelle (rentes AT-MP), l'inaptitude médicale au poste (au sens du code du travail autorisant, le cas échéant, un licenciement pour inaptitude), la prise en charge du handicap (notamment par l'allocation aux adultes handicapés) et la retraite (assurance vieillesse).

L'éclatement de l'indemnisation de l'invalidité entre plusieurs régimes de sécurité sociale et ses interactions avec celle du handicap et des risques professionnels font apparaître des incohérences, qui affectent l'efficacité de la protection sociale et l'égalité de traitement des assurés.

A - Une composante importante mais fragmentée de notre système de protection sociale

L'assurance invalidité couvre le risque de ne plus pouvoir travailler. Elle tient une place importante, directe comme indirecte à travers l'existence de droits connexes, dans notre système de protection sociale. Pour des raisons historiques, sa prise en charge est fragmentée entre une vingtaine de régimes distincts présentant des différences substantielles.

1 - Un risque universel toujours segmenté par profession

La prise en charge de l'invalidité a d'abord été créée pour les agents publics dans le cadre de leurs régimes de retraite[193]. Dans la fonction publique, l'invalidité est fondée, pour le fonctionnaire concerné, « sur l'incapacité permanente[194] de continuer ses fonctions »[195]. À défaut de possibilité de reclassement, il est radié des cadres et perçoit une pension de retraite servie sans condition d'âge pour invalidité.

[193] Le premier secours viager fut institué en France pour les marins du roi (1673), avant de s'imposer à l'État pour ses fonctionnaires et autres militaires (1790).
[194] L'incapacité partielle et temporaire relève de la branche maladie.
[195] Article L. 29 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

Ainsi, l'invalidité du secteur public relève principalement de l'employeur[196] et son indemnisation, croissante avec l'ancienneté et le traitement indiciaire, prend la forme d'une pension de retraite calculée à titre définitif lors de la mise en invalidité. Une allocation d'invalidité temporaire (AIT), financée par l'employeur et calculée comme au régime général, a par ailleurs été instaurée pour les invalidités non définitives.

Pour les salariés du secteur privé, l'invalidité est prise en charge depuis le milieu du XXe siècle par les régimes d'assurance maladie. Une prestation temporaire indemnise une perte substantielle, d'au moins deux tiers, de la capacité de travail ou de gain de l'assuré, par rapport à un emploi correspondant à ses aptitudes. Cette perte est appréciée par un médecin conseil de l'assurance maladie.

Par rapport à ceux des salariés, les régimes de non-salariés présentent des particularités tenant principalement au mode de calcul de la pension[197] et à la mesure de l'incapacité à exercer sa profession.

Enfin, les régimes spéciaux de salariés obéissent pour certains à des principes comparables à ceux des régimes de la fonction publique (SNCF et RATP), d'autres ont des règles proches de ceux des salariés du secteur privé (clercs et employés de notaires) ou empruntent aux deux dispositifs (industries électriques et gazières, marins).

La prise en charge du risque d'invalidité présente ainsi de fortes disparités, sans que ces règles hétérogènes fassent apparaître des régimes globalement plus favorables de prise en charge, tant leur combinaison avec les parcours des assurés peut produire des résultats différents[198]. 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.

---

[196] La radiation des cadres et l'admission à la retraite font l'objet d'une codécision avec le service des retraites de l'État ou la caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (fonctionnaires territoriaux et hospitaliers).

[197] L'indemnisation est forfaitaire dans le régime des exploitants agricoles. La pension des professions libérales dépend de la profession et son montant (souvent proche de la pension de retraite) est déterminé selon le cas par les cotisations, les revenus ou le taux d'invalidité. L'invalidité des indépendants présente des modalités proches du régime général mais des minimum et maximum spécifiques.

[198] En tenant compte des effets sur la retraite, à état de santé et rémunération équivalents, l'invalidité paraît plus avantageuse dans la fonction publique que dans le secteur privé en cas de mise en invalidité tardive, mais plus défavorable en cas d'invalidité précoce.

2 - Une place significative de l'invalidité dans la protection sociale

En l'absence de suivi détaillé par le ministère chargé de la sécurité sociale, la Cour a reconstitué, à partir de données collectées par la DREES[199], la chronique des effectifs de bénéficiaires et des dépenses de pensions d'invalidité au cours de la période récente.

Tous régimes de base de sécurité sociale confondus, le nombre d'assurés n'ayant pas atteint l'âge légal de la retraite et bénéficiant d'une pension d'invalidité s'élevait à 820 000 fin 2017, en progression de 3 % par an en moyenne depuis 2011 (soit 2,3 points de plus que l'augmentation annuelle de la population active).

Pour 2017, les dépenses de prestations de l'ensemble des régimes de base avant l'âge légal de la retraite peuvent être estimées à 7,4 Md€ (10 Md€ couvertures complémentaires comprises[200]). En tenant également compte des pensions servies au-delà de l'âge légal de la retraite, elles dépassaient 11 Md€ pour les régimes de base[201] et plus de 13,5 Md€ avec les couvertures complémentaires, soit l'équivalent de 0,6 % du PIB.

Tableau n° 22 : répartition des bénéficiaires d'une pension d'invalidité selon leur régime de sécurité sociale (2017)

	Bénéficiaires (en milliers)	*En %*	Montant mensuel moyen (en €)	Dépenses annuelles (en M€)	*En %*
Régime général	667	*81,4*	750	6 002	*80,7*
MSA salariés	28	3,4	690	229	3,1
MSA non salariés	12	1,4	360	50	0,7
Travailleurs indépendants	34	*4,2*	730	300	*4,0*
Fonctions publiques*	77	*9,4*	874	807	*10,9*
Autres**	2	*0,3*	1 830	46	*0,6*
Total	**820**	***100***	**756**	**7 434**	***100***

(*) Jusqu'à l'âge d'ouverture des droits à la retraite.
(**) Hors RATP et SNCF.
Champ : pensions d'invalidité, hors droits connexes, majorations ou ASI. Bénéficiaires et montants moyens au 31 décembre 2017.
Source : Cour des comptes, d'après DREES, « Les retraités et les retraites » édition 2019.

[199] Éditions annuelles « Les retraités et les retraites ». Afin de comparer les régimes d'invalidité, la DREES isole les pensions servies jusqu'à l'âge légal de la retraite. Fin 2016, 170 000 fonctionnaires percevaient une pension au-delà de l'âge légal.
[200] DREES, « La complémentaire santé, édition 2019 ». Les données portent sur 2016.
[201] Y compris SNCF et RATP. Le nombre de fonctionnaires civils de l'État indemnisés après l'âge légal a baissé de 140 000 fin 2011 à 100 000 fin 2017.

La place de l'invalidité dans notre système de protection sociale tient aussi à l'existence de droits connexes, dont la portée est incomplètement mesurée.

Les titulaires de pensions d'invalidité bénéficient du remboursement des soins médicaux, examens et médicaments à 100 %[202], ainsi que d'une exonération partielle du forfait journalier hospitalier. Cette exonération du ticket modérateur est plus large que dans le cas des affections de longue durée, où ne sont pris en charge à 100 % que les soins et traitements relatifs à la maladie indiquée dans le protocole de soins par le médecin traitant. Le coût de cet avantage n'est pas mesuré par la CNAM.

À l'instar de la plupart des pays développés, l'invalidité ouvre par ailleurs droit dans le secteur privé à une pension de retraite calculée au taux plein dès l'âge légal, même si la condition de durée d'assurance n'est pas satisfaite, ainsi qu'à la validation de trimestres au titre des périodes indemnisées.

L'invalidité procure ainsi, en matière de retraite, un triple avantage : l'annulation d'une éventuelle décote à 62 ans au lieu de 67 ans (si la condition de durée d'assurance n'est pas remplie) ; la validation d'une période assimilée à une période d'assurance au terme de chaque trimestre révolu de versement d'une pension d'invalidité ; dans ces conditions, un accès renforcé des pensionnés au minimum contributif, soumis à des conditions de taux plein et fonction de la durée d'assurance.

Sur le champ des régimes alignés de retraite de base (régimes général et agricole des salariés et indépendants) et des régimes complémentaires correspondants, la CNAV estime pour 2017 l'effet de la validation de trimestres non cotisés au titre de l'invalidité à 1,2 Md€ par an, soit 0,7 % des montants de prestations de droit propre versées et celui du bénéfice automatique du taux plein à l'âge légal à 3 Md€ par an, soit 1,6 % de ces mêmes montants[203].

[202] À l'exception des médicaments à service médical rendu moyen ou faible, des médicaments homéopathiques et de certaines préparations magistrales et hors dépassements honoraires.

[203] Cette dernière estimation couvre l'ensemble des pensionnés pour inaptitude, que la pension de retraite ait été ou non substituée à une pension d'invalidité.

B - Une indemnisation des salariés à des niveaux hétérogènes et mal connus

Si l'invalidité est prise en charge par une pluralité de régimes, les quatre cinquièmes de ses bénéficiaires et des enjeux financiers associés se concentrent au régime général.

À sa création par les premières assurances sociales, puis par l'ordonnance du 4 octobre 1945 créant la sécurité sociale[204], l'assurance invalidité du secteur privé visait à indemniser des assurés dont la nature et la gravité des pathologies rendaient l'incapacité de travail évidente et son incidence durable sur les perspectives professionnelles. Ses modalités ont peu évolué depuis lors.

1 - Des conditions légales restrictives aux mises en invalidité

Au régime général, pour bénéficier d'une pension d'invalidité, l'assuré doit être immatriculé depuis au moins douze mois à la sécurité sociale et avoir exercé une activité professionnelle minimale[205] au cours de l'année précédant l'interruption de travail ou la constatation de l'invalidité.

La reconnaissance de l'invalidité par le service médical de l'assurance maladie requiert une perte de capacité permanente et substantielle de l'assuré concerné, d'au moins 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[206].

Selon l'estimation de la Cour, la mise en invalidité concernait en 2018 dans les trois quarts des cas des assurés en arrêt de travail de longue durée. Pour ces derniers, elle est prononcée à l'initiative du médecin conseil de l'assurance maladie, dans moins d'un cas sur cinq à l'expiration des

[204] « Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence » (préambule de la Constitution du 27 octobre 1946).

[205] 600 heures de travail salarié ou des cotisations équivalentes à celles dues pour 2 030 SMIC horaires.

[206] Selon l'article L. 341-1 du code de la sécurité sociale, il s'agit de la « rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme ».

indemnités journalières, et, dans les autres cas, au cours de leur versement lorsque l'état de santé est jugé stabilisé[207] (en moyenne au bout de deux ans selon la direction de la sécurité sociale). Elle peut également intervenir en dehors d'un arrêt de travail, à la demande de l'assuré.

Une fois reconnu invalide, l'assuré est classé, en fonction de sa distance à l'emploi, dans une catégorie qui détermine son niveau (taux) d'indemnisation. Sa pension est le produit du taux d'indemnisation par la moyenne des salaires annuels perçus au cours de ses 10 meilleures années civiles d'activité. Ces salaires sont limités au plafond de la sécurité sociale et revalorisés annuellement comme les pensions en fonction de l'inflation observée. La pension est encadrée par un minimum et un maximum. Elle est réduite, voire supprimée, en cas de cumul avec d'autres revenus[208].

Tableau n° 23 : les catégories d'invalidité au régime général

Catégorie	Effectifs (en milliers, (2018)	Dépenses annuelles (2018)	Critères	Taux d' indem-nisation	Minimum/ maximum mensuel (2019)	Montant mensuel moyen (2018)	Part des invalides (2018)	Var. moyenne annuelle des admissions 2011-2018
1ère	166	1,1 Md€	Capacité à exercer une activité rémunérée	30 %	289,9 € / 1 013,1 €	522 €	25 %	+2,8 %
2e	497,7	4,9 Md€	Incapacité à exercer une profession quelconque	50 %	289,9 € / 1 688,5 €	813 €	73 %	+1,4 %
3e	13,3	0,3 Md€	Incapacité à exercer une profession quelconque et obligation de recourir à une tierce personne pour réaliser les actes de la vie ordinaire	50 % + une majoration pour tierce personne (1 121,92 € en 2019)	1 411,82 € / 2 810,43 €	1 801 €	2 %	-2,8 %
Total	**677**	**6,2 Md€**				**761 €**	**100 %**	**+1,8 %**

Champ : effectifs et montants moyens au 31 décembre 2018.
Source : CNAM et direction de la sécurité sociale.

[207] La stabilisation correspond à une situation médicale insusceptible d'évolution.
[208] En particulier les revenus professionnels. La pension peut être cumulée dans les mêmes conditions avec des allocations chômage (selon la chronologie des indemnisations et périodes d'emploi, la réduction peut porter sur l'allocation chômage), des rentes AT-MP et pensions d'autres régimes, ainsi que des indemnités journalières (à la condition qu'elles indemnisent une affection non stabilisée et non liée de ce fait à l'invalidité). En revanche, la pension n'est pas réduite en cas de bénéfice de l'AAH.

2 - Une couverture complémentaire des salariés limitée à certains d'entre eux

La couverture complémentaire (invalidité-décès) des cadres est obligatoire dans le cadre interprofessionnel[209], mais celle des non-cadres est laissée à l'initiative des branches ou, à défaut, des employeurs.

La prise en charge complémentaire du risque d'invalidité dans le cadre de la prévoyance collective conserve ainsi un caractère facultatif pour une grande partie des salariés, contrairement aux retraites complémentaires et à la couverture complémentaire santé, généralisées à l'ensemble des salariés respectivement en 1972 et en 2016.

Selon le baromètre CREDOC/CTIP de décembre 2017[210], 61 % des salariés interrogés déclaraient bénéficier d'une couverture complémentaire invalidité, contre 47 % en 2013. Selon cette même source, cette couverture est corrélée à la taille de l'entreprise (61 % des entreprises de moins de 10 salariés ont mis en place une telle couverture, contre 86 % des entreprises de plus de 50 salariés), sans nécessairement l'être à la prévalence du risque d'invalidité.

3 - Des niveaux de prise en charge réduits pour les pensionnés les plus modestes

Les revenus des titulaires de pensions d'invalidité versées par les régimes de base de sécurité sociale ne donnent lieu à aucun suivi précis. Le HCAAM[211] estimait en 2008 que la pension représentait en moyenne 23 % du dernier salaire en 1ère catégorie et 40 % en 2e catégorie (la moyenne des dix meilleurs salaires annuels étant généralement inférieure au dernier salaire). Les données manquent également pour apprécier la situation sociale ou familiale des pensionnés, leur consommation de soins ou le niveau des protections complémentaires et leur cumul avec la base.

[209] La convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres (1947) prévoit une couverture complémentaire obligatoire des cadres en matière d'invalidité-décès, financée par une cotisation obligatoire de 1,5 % sur la tranche A des salaires.
[210] La représentation d'ensemble la plus récente de la couverture complémentaire des risques invalidité et décès procède d'une enquête ancienne de la DREES (2009).
[211] Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, rapport sur les prestations en espèces de l'assurance maladie, février 2008.

Lorsque les ressources[212] du titulaire de la pension d'invalidité (ou de son foyer), y compris la pension de base et son éventuel complément assurantiel privé, sont inférieures à un certain montant (soit 723,25 € mensuels pour une personne seule en 2019)[213], elles peuvent être complétées par l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)[214]. Le montant mensuel maximal de l'ASI, minimum social différentiel financé par l'État et servi par les CPAM, s'élève à 415,98 € pour une personne seule depuis le 1er avril 2019[215] ; fin 2018, le montant moyen d'ASI versé atteignait 236 €. Compte tenu de l'existence d'un montant minimum de pension d'invalidité[216], la pension d'invalidité augmentée de l'ASI ne peut être inférieure à 705,88 €.

Ainsi, l'ASI a une particularité par rapport à tous les 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).

Initialement aligné sur celui du minimum vieillesse, le montant du plafond de ressources de l'ASI n'a plus suivi à partir de 2009 les revalorisations successives de ce dernier[217]. Contrairement aux autres minima sociaux dont la dépense totale a augmenté[218], les dépenses d'ASI (232 M€ en 2017) ont diminué de 18 % en euros constants entre 2009 et 2017, du fait de la baisse du nombre de bénéficiaires de cette prestation (81 600 en 2017, dont près de 90 % au régime général, contre 91 900 en 2009)[220].

---

[212] Sont notamment pris en compte l'ensemble des prestations d'invalidité et de retraite, de sécurité sociale et complémentaires, et l'ensemble des revenus professionnels. Lorsque l'assuré exerce une activité professionnelle, un abattement égal à 0,2 SMIC (pour une personne seule) est appliqué à ses revenus professionnels mensuels.

[213] 1 266,82 € pour un couple.

[214] Cette allocation peut être servie par les caisses de retraite dans les mêmes conditions aux personnes invalides n'ayant pas atteint l'âge légal de la retraite qui perçoivent une pension de réversion, une pension d'invalidité de veuf ou de veuve, une retraite anticipée (pour longue carrière ou pour handicap) ou une retraite pour pénibilité. Au régime général, ces situations représentaient 0,2 % des allocations versées en 2017.

[215] Pour les couples dont les deux conjoints perçoivent l'ASI, le montant maximal de cette prestation atteint 686,43 € s'ils sont mariés, mais 831,97 € s'ils sont pacsés ou vivent en union libre.

[216] Soit 289,9 € depuis le 1er janvier 2019.

[217] 868,20 € en 2019 pour une personne seule.

[218] La dépense totale est passée de 20 Md€ en 2009 à 26,5 Md€ en 2017 selon la DREES (Minima sociaux, édition 2019).

[220] DREES, Minima sociaux, édition 2019.

L'attrition sur longue période de l'ASI traduit notamment l'évolution plus lente de son plafond de ressources, indexé sur les prix, que celle des salaires des pensionnés pris en compte pour calculer les pensions qu'elle vient compléter. Contrairement aux autres minima sociaux, le niveau et l'évolution dans le temps du non-recours à l'ASI, assujettie à une récupération sur successions[221], ne sont pas suivis.

C - Des effets de substitution avec d'autres risques

La proximité de l'invalidité avec les risques professionnels et le handicap soulève des enjeux, non traités, relatifs au financement et à la prévention d'une partie des mises en invalidité, ainsi qu'au niveau, à l'équité et aux modalités de prise en charge des personnes invalides.

1 - Une frontière perméable avec les risques professionnels

Les secteurs d'activité où la prévalence de l'invalidité est la plus forte coïncident avec ceux où les fréquences d'accidents du travail ou de maladies professionnelles sont les plus élevées[222].

En pratique, la prise en charge de l'invalidité comprend des dépenses dont l'origine peut être partiellement ou indirectement professionnelle et, ainsi, se traduire par des transferts de charges de la branche des accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP) à la branche maladie.

Ainsi, des pensions d'invalidité peuvent être versées à des assurés ayant subi ou connaissant un sinistre professionnel non déclaré[223], une affection d'origine professionnelle mais ne relevant pas de celles pour lesquelles ce caractère professionnel est reconnu (tableaux de maladies professionnelles) ou encore des altérations de leur état de santé dont

[221] En 2017, 504 000 € ont été récupérés, soit moins de 0,25 % des sommes versées.

[222] Pour les hommes, l'industrie manufacturière, la construction, l'hébergement, la restauration et le commerce représentaient la moitié des nouveaux bénéficiaires de pensions d'invalidité après 50 ans, contre 41 % des actifs occupés du même âge. Pour les femmes, les activités scientifiques et techniques (dont le nettoyage) représentaient 15 % des nouvelles bénéficiaires de pensions d'invalidité après 50 ans, contre 8 % des actives occupées du même âge (*source :* CNAV sur données 2016).

[223] La sous-déclaration des sinistres professionnels, qui concerne pour l'essentiel les maladies professionnelles, donne lieu à un transfert de la branche AT-MP à la branche maladie, fixé par la LFSS annuelle (1 Md€ depuis 2015). Il compense les dépenses de soins et d'indemnités journalières induites, mais pas les pensions d'invalidité.

l'origine professionnelle est difficile à établir. La branche maladie supporte intégralement la charge des pensions concernées, dont l'attribution a, au moins pour partie, une cause professionnelle.

Par ailleurs, des assurés indemnisés au titre des AT-MP peuvent être ultérieurement admis au bénéfice d'une pension d'invalidité, en cas d'usure prématurée de l'organisme ou de la survenance d'une pathologie ou d'un accident non professionnel induisant une perte de capacité de travail ou de gain des deux tiers. La pension d'invalidité indemnise dans cette situation l'intégralité de la perte de capacité ; elle est certes versée dans la limite d'un plafond de revenus[224], mais cet écrêtement est fonction des revenus antérieurs et contemporains de l'assuré et ne tient pas compte de la contribution respective des différentes pathologies, professionnelles ou non, à l'invalidité.

Quelle qu'en soit l'origine, les situations d'attribution de pensions d'invalidité à la suite d'arrêts de travail temporaires liés à un accident du travail ou à une maladie professionnelle et celles de cumul de pensions d'invalidité avec des rentes AT-MP ne sont pas suivies[225]. Le ministère chargé de la sécurité sociale et l'assurance maladie devraient engager des travaux visant à analyser les relations entre l'invalidité et les risques professionnels, reconnus ou non. Le cas échéant, les résultats de ces travaux pourraient justifier l'instauration de nouveaux transferts financiers de la branche AT-MP à la branche maladie.

2 - Des recoupements avec la prise en charge du handicap

L'invalidité comme le handicap entraînent une réduction des capacités fonctionnelles des personnes concernées.

La plupart des pays de l'OCDE ont conservé une définition de l'invalidité distincte de celle du handicap. Néanmoins, certains (comme le Royaume-Uni) indemnisent de manière indistincte et par des mécanismes communs les pertes de capacités fonctionnelles liées à une invalidité ou une situation de handicap.

---

[224] À l'instar des revenus professionnels, une pension d'invalidité peut être cumulée avec une rente AT-MP, qui a un objet différent : la réparation du préjudice subi par le salarié.

[225] Une estimation de la Cour sur deux départements et un peu moins de 50 000 assurés en invalidité fait apparaître des situations de cumul dans environ 8 % des cas.

En France, l'invalidité et le handicap relèvent de définitions et de politiques distinctes. La prise en charge du handicap, à travers notamment l'allocation aux adultes handicapés (AAH), relève de la solidarité financée par le budget de l'État, tandis que la pension d'invalidité est une prestation de sécurité sociale à caractère contributif : la pension servie, contrepartie des cotisations versées, dépend des rémunérations perçues.

Néanmoins, cette distinction est relative. D'une part, le caractère contributif de la pension d'invalidité est atténué par l'existence d'un minimum et d'un maximum de pension, ainsi que par l'ASI, financée par l'État, qui porte la pension d'invalidité à un minimum social. D'autre part et surtout, les prestations du handicap contribuent à la prise en charge d'une partie des situations d'invalidité.

a) Une finalité de la majoration pour tierce personne identique à celle de la prestation de compensation du handicap

La majoration pour tierce personne (MTP), qui a pour objet de financer le recours à l'aide d'un tiers dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne, permet à un invalide classé en 3e catégorie de percevoir une majoration de sa pension d'invalidité prenant la forme d'une somme forfaitaire (1 121,92 € par mois au régime général depuis le 1er avril 2019). La MTP existe dans une majorité de régimes[226], n'est pas imposable et continue à être versée à l'identique une fois l'assuré à la retraite.

Dans le domaine du handicap, plusieurs prestations visent des objets similaires, notamment la prestation de compensation du handicap (PCH)[227], dont le volet « aide humaine » (90 % des dépenses de PCH) permet au bénéficiaire de recourir à une tierce personne ou à des aides financières sur la base d'un plan d'aide personnalisé. La PCH peut être cumulée avec la pension d'invalidité, mais le montant de la MTP en est déduit.

[226] Dans la fonction publique, elle est de 1 183,73 € par mois, accordée pour cinq ans.
[227] La PCH prend en compte la nature et l'importance des besoins de compensation au regard du projet de vie. Attribuée sans condition de ressources, son taux de prise en charge de chaque dépense varie selon les ressources de l'intéressé.

Ainsi, pour une même situation d'origine non professionnelle[228], l'assuré bénéficie, selon son régime de prise en charge, d'une prestation forfaitaire ou d'une prestation calculée en fonction de ses besoins. Privilégier l'accès à la PCH pour l'ensemble des personnes devant recourir à l'assistance d'une tierce personne pour les actes courants de la vie participerait d'un traitement équitable de besoins identiques.

Une réforme de cette nature, qui mettrait fin aux attributions de MTP dans tous les régimes d'invalidité, occasionnerait un transfert de la charge de gestion d'environ 500 assurés par an aux départements, principaux financeurs de la PCH, pour une dépense globale après montée en charge de près de 175 M€[229]. Elle permettrait une prise en charge homogène des personnes concernées, indépendante de leur statut professionnel et fonction d'une évaluation personnalisée de leurs besoins.

b) Une attraction croissante de l'AAH pour les titulaires de pensions d'invalidité les plus modestes

L'AAH est une allocation différentielle financée par l'état qui procure un montant minimal de ressources (900 € mensuels pour une personne seule au 1er novembre 2019) aux personnes handicapées[230], dont le taux d'incapacité est d'au moins 80 % ou compris entre 50 % et 79 % et associé à une restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi[231]. Les dépenses liées à cette prestation ont, sur la période récente, fortement augmenté, portées par la hausse des effectifs (+2,9 % par an entre 2011 et 2017) et par des plans successifs de revalorisation[232]. En 2017, l'AAH a bénéficié à 1,1 million de personnes pour 8,8 Md€ versés (9,2 Md€ avec les compléments).

---

[228] Pour les AT-MP, une « prestation complémentaire pour recours à tierce personne » (PCRTP) remplace la MTP depuis le 1er mars 2013. Son montant dépend du nombre d'actes ordinaires de la vie que l'assuré est incapable d'accomplir seul.

[229] En 2018, le régime général a attribué 515 nouvelles MTP pour 6,9 M€ et a versé au total 176 M€ de MTP à 14 170 bénéficiaires, soit moins de 10 % des dépenses de PCH.

[230] La loi du 11 février 2005 définit le handicap comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

[231] La restriction est substantielle lorsque le demandeur rencontre des difficultés importantes d'accès à l'emploi ne pouvant être compensées par l'aménagement du poste de travail et durable si sa durée prévisible est d'au moins un an (article D. 821-1-2 du code de la sécurité sociale).

[232] Plus récemment, les durées de service de l'AAH ont été allongées.

Pensions d'invalidité et AAH ont des finalités différentes et prennent en charge des populations en grande partie distinctes. Ainsi, l'invalidité suppose une activité professionnelle préalable, ce qui n'est pas le cas de l'indemnisation du handicap. En outre, les pensions d'invalidité procurent en moyenne un revenu de remplacement plus élevé que l'AAH[233]. Enfin, l'invalidité se concentre sur des personnes proches de la retraite.

Toutefois, les pensionnés les plus modestes peuvent percevoir une AAH différentielle, s'ils en font la demande auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et satisfont aux conditions d'éloignement de l'emploi, de handicap et de ressources propres à cette prestation. Le nombre et le profil des assurés concernés ne sont cependant pas suivis. La Cour évalue à un peu plus de 12 %[234] les personnes invalides qui perçoivent actuellement une pension d'invalidité complétée par l'AAH, soit près de deux fois plus qu'en 2009.

Les revalorisations de l'AAH sont de nature à renforcer son attractivité pour les personnes reconnues invalides dont la pension est plus faible que l'AAH. Ainsi, pour une personne seule, l'AAH atteindra au plus 900 € au 1er novembre 2019, tandis que l'ASI complète la pension d'invalidité jusqu'à 705,88 € par mois depuis le 1er avril 2019.

La réforme annoncée des minima sociaux pourrait être l'occasion de fusionner l'ASI avec l'AAH, ainsi que plusieurs rapports l'ont préconisé[235], les titulaires de pensions d'invalidité étant alors admis à solliciter l'AAH en lieu et place de l'ASI.

Cette mesure répondrait à un triple objectif : unifier les minima sociaux liés à une incapacité de travailler imputable à l'état de santé ; améliorer la situation des titulaires d'une pension d'invalidité les plus modestes ; simplifier les démarches de ces derniers pour bénéficier des minima sociaux auxquels ils peuvent prétendre. S'agissant des personnes invalides titulaires de l'ASI qui ne répondent pas aux conditions de l'AAH, ce qui est le cas des pensionnés de 1ère catégorie et d'une partie de ceux de 2e catégorie, elle devrait cependant veiller à ne pas restreindre leur accès à un minimum social.

---

[233] Les montants moyens d'invalidité servis (hors ASI ou couvertures complémentaires) sont plus élevés que les montants moyens d'AAH (800 € en moyenne pour les pensions de 2e catégorie qui représentent les 3/4 des pensions d'invalidité, contre 648 € en moyenne en 2017 pour l'AAH et 775 € pour ceux qui bénéficient de ses compléments).
[234] À partir des données de la CNAF.
[235] Rapports IGAS/IGF de 1998, IGF de 2003, Cour des comptes en dernier lieu dans un référé sur les minima sociaux adressé au Premier ministre le 21 septembre 2015.

Des situations de pluralité d'indemnisation

Un assuré célibataire de 50 ans ayant fait l'essentiel de sa carrière au SMIC (dernier salaire mensuel brut de 1 500 €) peut être admis au bénéfice d'une pension d'invalidité de 2e catégorie d'un montant brut de 700 €.

S'il a été licencié pour inaptitude au poste, sa pension peut dans certaines conditions se cumuler partiellement avec ses allocations chômage.

S'il n'exerce pas d'activité professionnelle, le montant maximal de sa pension lui est servi.

S'il n'a pas cessé son activité professionnelle ou en reprend une d'un niveau équivalent, sa pension est suspendue (au terme de deux trimestres, le cumul de sa pension et de son salaire dépassant le plafond correspondant au salaire trimestriel moyen de la dernière année civile précédant l'arrêt de travail suivi de la mise en invalidité) ; sa pension est réduite en cas d'activité rémunérée au-delà de 800 € bruts mensuels[236] et à hauteur du dépassement, afin de garantir un revenu global maximal de 1 500 € (hors éventuelle prime d'activité).

Étant célibataire, il peut, s'il n'a pas d'autre revenu, prétendre au bénéfice de l'ASI, pour un montant mensuel de 23,25 € et solliciter auprès de la MDPH le bénéfice de l'AAH, qui lui sera versée s'il en remplit les conditions pour un montant mensuel de 176,75 €.

Compte tenu de son coût pour les finances publiques, un éventuel remplacement de l'ASI par l'AAH ou un relèvement de son montant le rapprochant de celui de l'AAH, s'il était décidé, appellerait une mise en œuvre progressive. Une gestion plus active du risque d'invalidité pourrait permettre d'atténuer le coût pour les finances publiques d'une éventuelle réforme de l'ASI. Au vu des faiblesses qui les affectent, les procédures et outils qui concourent à gérer les pensions d'invalidité appellent en tout état de cause une mise à niveau.

[236] Le cumul d'une pension et d'un revenu professionnel est limité, à compter du troisième trimestre de cumul, au montant du salaire trimestriel moyen précité.

II - Gérer plus activement le risque d'invalidité

Les pouvoirs publics ont fixé peu d'objectifs relatifs à l'invalidité. Si l'invalidité fait l'objet comme les autres risques d'un programme de qualité et d'efficience annexé aux projets de loi de financement annuels de la sécurité sociale[238], ce dernier mentionne pour seul objectif l'indemnisation des personnes invalides, appréciée à l'aune de la seule ASI[239]. De même, les conventions d'objectifs et de gestion de la branche maladie du régime général avec l'État abordent à peine l'invalidité ; les trois objectifs[240] de la COG 2018-2022 visent les seules suites de la reconnaissance de cet état.

Au motif qu'elles ne peuvent être régulées, car constituant un droit pour les assurés qui en remplissent les conditions, les pensions d'invalidité ne sont pas intégrées à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixé par la loi de financement de la sécurité sociale, contrairement aux indemnités journalières qui en précèdent généralement l'attribution.

De fait, malgré les enjeux humains et financiers liés au risque d'invalidité, l'assurance maladie n'a que récemment commencé à s'affranchir d'une simple logique de paiement de prestations pour le gérer plus activement. Les modalités de gestion en vigueur font apparaître d'importantes marges de progrès, qu'il s'agisse de la prévention de la désinsertion professionnelle et sociale ou de l'efficacité d'ensemble du processus médico-administratif de gestion de l'invalidité.

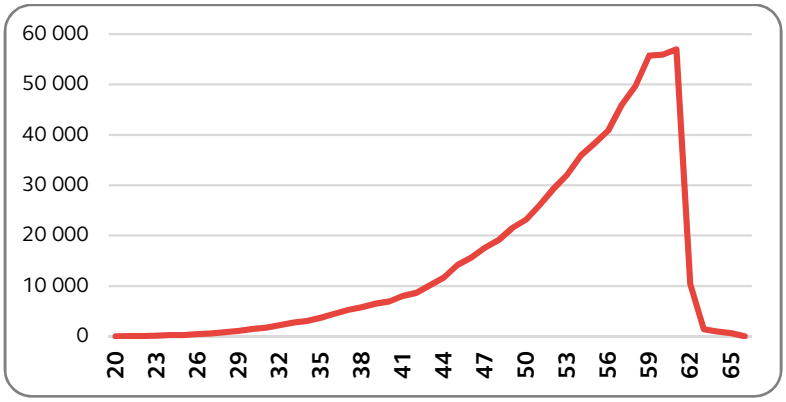
[238] PQE « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA - handicap, dépendance ».
[239] Objectif n° 1 : assurer un niveau de vie adapté aux personnes invalides ; indicateur : nombre et titulaires de pensions d'invalidité complétées par l'ASI.
[240] Proposition de rendez-vous lors de la mise en invalidité sur décision du service médical, dématérialisation de la déclaration périodique de revenus professionnels et vérification des déclarations de revenus professionnels à partir des données de la DSN.

A - Des enjeux humains et financiers à mieux reconnaître

1 - Une population vieillissante et fragile

Comme le montre le graphique ci-après, la population des titulaires de pensions d'invalidité croît à mesure qu'ils s'approchent de l'âge légal de départ à la retraite. Ainsi, en 2017, les titulaires d'une pension d'invalidité représentaient 7 % des 55-60 ans, tandis qu'en 2015, les pensions d'invalidité constituaient le premier revenu de 15 % des personnes âgées de 53 à 69 ans ni en emploi, ni à la retraite[241].

Graphique n° 13 : répartition par âge des titulaires d'une pension d'invalidité du régime général (2018)



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

Composée en majorité et de manière croissante de femmes[242], la population des titulaires de pensions d'invalidité vieillit : de 2008 à 2016, leur âge moyen est passé de 52 à 53 ans[243].

[241] France stratégie, *Les seniors, l'emploi et la retraite*, octobre 2018.
[242] Au régime général, les femmes représentaient 55 % des entrées en invalidité en 2017, contre 51,9 % en décembre 2011 (DREES).
[243] 53,3 ans au régime agricole des salariés, 55,6 ans dans les collectivités locales et 56,4 ans dans la fonction publique de l'État (DREES).

L'état de santé des pensionnés est fragile. Au régime général, l'écart d'espérance de vie à 62 ans entre les personnes ayant bénéficié d'une pension d'invalidité et les autres retraités atteignait, en 2017, 6,1 ans pour les hommes et 4,4 ans pour les femmes[244]. Les pathologies à l'origine de l'invalidité suivent l'épidémiologie : troubles de la santé mentale (25,8 % en 2018), maladies du système ostéo-articulaire (29,6 %) et tumeurs malignes (11,9 %). Les personnes invalides souffrent souvent de plusieurs pathologies : dans les fonctions publiques territoriale et hospitalière, elles avaient en moyenne, en 2016, 2,2 infirmités au moment de la liquidation de leur pension.

2 - Des dépenses dynamiques

En décembre 2018, le régime général versait une pension d'invalidité à près de 677 500 assurés sociaux, pour un montant annuel de 6,2 Md€, soit 80 % environ des pensionnés et des dépenses de pensions d'invalidité servies avant l'âge légal de départ à la retraite par l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale.

Tableau n° 24 : pensions d'invalidité du régime général (2011-2018)

	2011	2018	Var. annuelle moyenne	Var. annuelle moyenne (€ constants)
Nombre de bénéficiaires	549 321	677 491	+3,0 %	-
Pension mensuelle moyenne (en € courants)	695	761	+1,3 %	+0,4 %
Dépenses annuelles (en M€ courants)	4 478	6 244	+4,9 %	+3,9 %

Champ : bénéficiaires et pensions moyennes au 31 décembre N. Pensions de droit direct de catégories 1 à 3, y compris majorations pour tierce personne (MTP) et hors allocations supplémentaires d'invalidité (ASI).
Source : Cour des comptes d'après des données de la CNAM.

Sur la période 2011-2018, les dépenses de pensions d'invalidité au régime général se sont accrues de 4,9 % par an en moyenne, soit 3 points de plus que l'évolution moyenne de l'ONDAM, auquel elles ne sont pas intégrées. Les montants moyens de pension ont augmenté de manière plus modérée, de 0,4 point de plus que l'inflation en moyenne.

[244] CNAV.

La dynamique des dépenses a été portée pour l'essentiel par le recul de l'âge légal de la retraite (de 60 à 62 ans), qui aurait entraîné à lui seul, selon la DREES, un surcroît de dépenses de 1,2 à 1,5 Md€ et une hausse des effectifs de pensionnés de 20 à 25 % dans les régimes de salariés et d'indépendants qui attribuent une pension d'invalidité distincte de la pension de retraite[245]. Bien que prévisible, l'incidence du recul de l'âge légal de la retraite n'avait pourtant pas été évaluée au préalable.

Deux phénomènes ont été à l'œuvre. D'une part, la durée de versement des pensions d'invalidité s'est allongée pour les personnes invalides qui, en l'absence de réforme, seraient partis plus tôt à la retraite. En effet, et sauf exception[246], l'atteinte de l'âge légal de départ met fin au versement de la pension d'invalidité, son titulaire pouvant alors bénéficier d'une pension de retraite pour inaptitude, calculée et servie au taux plein, quelle que soit la durée d'assurance préalable ; près des deux tiers des pensionnés quittent l'invalidité pour la retraite. D'autre part, le flux annuel de mises en invalidité a augmenté (82 600 en 2018 contre 73 000 en 2011), certains assurés âgés sollicitant une mise en invalidité faute précisément de pouvoir obtenir une retraite à taux plein dès l'âge de 60 ans.

Compte tenu de cette évolution, les titulaires de pensions d'invalidité représentaient en 2014 7,7 % des personnes âgées de 60 ans, contre 0,6 % en 2010 et 2,5 % de celles de 61 ans contre 0,1 %.

En 2018, la hausse des dépenses (+2,5 % pour le régime général, dont +1,6 % au titre de l'évolution du nombre de titulaires de pensions) s'est modérée en raison d'une réduction des effets du recul de l'âge de départ à la retraite. Sa réduction se poursuivrait en 2019 (+2,4 %, selon la prévision de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2019).

Le ministère chargé de la sécurité sociale et la CNAM effectuent des prévisions de dépenses de pensions d'invalidité au titre de la seule année suivante. Le poids des dépenses connexes liées à l'invalidité est néanmoins appelé à s'accroître : à la demande de la Cour dans le cadre de la présente enquête, la CNAV a estimé[247] que l'effet du bénéfice automatique du taux plein (qui concerne l'ensemble des pensionnés pour inaptitude, reconnus invalides ou non) représenterait en 2065 2,2 % des montants de prestations

[245] « Les dossiers de la DREES », octobre 2016.

[246] Depuis 2010, les personnes en invalidité ayant une activité professionnelle peuvent continuer à percevoir leur pension au-delà. En 2017, seuls 2 450 pensionnés atteignaient 63 ans.

[247] En fonction d'hypothèses de gains de productivité du travail de 1,3 % par an et de taux de chômage de 7 %.

de droit propre versées par les régimes de retraite de base alignés (régimes général et agricole des salariés et indépendants) et les régimes complémentaires correspondants (contre 1,6 % en 2017) et celui de la validation de trimestres 1 % de ces mêmes montants (contre 0,7 %).

B - Prévenir la désinsertion professionnelle et sociale

1 - Une action de prévention embryonnaire à développer

En application des dispositions du code de la sécurité sociale[248], les caisses d'assurance maladie doivent « prendre toutes dispositions propres à prévenir l'invalidité pendant la période de maladie ou de maternité ». La prévention de la désinsertion professionnelle consiste à anticiper la perte d'emploi des salariés ayant interrompu leur activité pour des raisons de santé ou de situation de handicap. Elle vise à assurer un retour à l'emploi dans les meilleures conditions possibles, soit dans leur entreprise, à leur poste de travail ou à un autre poste, soit dans une autre entreprise ou un autre secteur d'activité grâce à une réorientation professionnelle.

Depuis 2010, la branche maladie du régime général a mis en place des cellules de coordination associant les services administratifs des CPAM, le service social de la CARSAT et le service médical. Plus récemment, elle a constitué une mission nationale, associant des partenaires extérieurs, afin de repenser les processus et outils de prise en charge des situations de santé qui affectent les perspectives de retour à l'emploi. Pour sa part, le régime agricole a déployé des initiatives intéressantes prenant la forme de cellules pluridisciplinaires de maintien dans l'emploi. Ces actions doivent permettre de mieux identifier et accompagner les situations d'éloignement durable de l'emploi, mais sont insuffisamment outillées. De manière générale, les pratiques de gestion restent encore peu influencées par l'objectif de prévention.

La COG de la branche maladie avec l'État pour 2018-2022 n'a pas formalisé d'actions ou d'objectifs précis et propres à la prévention de la désinsertion professionnelle et sociale des personnes susceptibles d'être mises en invalidité. L'élaboration d'une stratégie détaillée en la matière dès l'arrêt de travail de longue durée et le versement d'indemnités journalières a pourtant un caractère stratégique pour prévenir ce risque.

[248] Article R. 341-1 du code de la sécurité sociale.

S'agissant des personnes en invalidité de 1ère catégorie durablement éloignées de l'emploi et de celles en invalidité de 2e catégorie (dont près d'un quart travaillent[249], malgré la reconnaissance d'une incapacité totale), la diversité et la gravité de leurs pathologies, leur relation à l'emploi et leur situation sociale justifieraient d'organiser de manière plus systématique, pour une partie d'entre elles, un suivi médical et social au cours de la période de versement de la pension. Cela permettrait, en s'appuyant sur des outils de détection de situations sociales à risque, d'évaluer périodiquement pour une partie d'entre elles l'état de santé et la capacité de gain, de leur proposer des services médicaux, sociaux et professionnels (médecine du travail, Pôle emploi et Agefiph[250]), de prévenir l'aggravation éventuelle de leur état, ainsi que de veiller à ce qu'elles exercent l'ensemble de leurs droits (éligibilité potentielle à la CMU-C notamment).

Enfin, au vu de la fréquente réitération de demandes[251] par les titulaires de pensions d'invalidité, l'assurance maladie devrait approfondir ses récentes initiatives visant à faciliter l'exercice de leurs droits. En complément de réunions d'information dont l'impact peut difficilement être apprécié, elle devrait ainsi leur communiquer dès la mise en invalidité (par courriel ou à défaut par courrier postal) les informations pratiques essentielles sous une forme didactique (adresses/liens sur internet), améliorer l'ergonomie des courriers, étendre les services en ligne au-delà de la prochaine ouverture d'une possibilité de télé-déclaration de leur situation et ressources et leur permettre d'interroger directement le service concerné afin d'obtenir des réponses personnalisées (par téléphone, email ou via le compte personnel *Ameli*).

[249] 24 % en 2018 selon la CNAM (contre 14 % en 2016).

[250] Interventions complémentaires des aides de droit commun, destinées aux personnes handicapées et aux employeurs et composées de services, de prestations et d'aides.

[251] Les réitérations sont des demandes des assurés portant sur des informations qui leur ont déjà été délivrées. Elles constituent un signe d''incompréhension et d'insatisfaction des assurés et un surcroît de travail pour les services. Selon l'observation de la CPAM de Haute-Garonne, l'instruction du dossier d'invalidité, avec 37 % de réitérations et 2,5 réitérations en moyenne par assuré se situait en 2015 parmi les trois principaux motifs de réitération.

2 - Mieux accompagner financièrement les reprises d'emploi

Un grand nombre de titulaires de pensions d'invalidité travaillent. Au régime général, tel était le cas en 2018 selon la CNAM de plus de 70 % des pensionnés de 1ère catégorie. S'ils sont dans l'incapacité totale d'exercer un emploi au sens du code de la sécurité sociale, 24 % des pensionnés de 2e catégorie et 9 % de ceux de 3e catégorie étaient également en emploi[252]. En effet, la jurisprudence[253] dissocie cette incapacité de l'inaptitude au sens du code du travail. La mise en invalidité n'emporte ainsi aucune conséquence sur l'emploi repris ou conservé et le médecin du travail peut se prononcer indépendamment sur l'inaptitude du salarié à son poste (qui peut donner lieu à un reclassement ou, à défaut, à un licenciement pour ce motif).

Le cumul de situations d'emploi et de pensions d'invalidité de 2e ou de 3e catégorie traduit une évaluation de l'invalidité qui privilégie les critères médicaux par rapport aux critères socioéconomiques. Il reflète aussi la faiblesse de certaines pensions. Depuis 1990, le montant minimal des pensions d'invalidité (minimum de pension + ASI) a été sensiblement moins revalorisé que les autres minima sociaux[254].

S'agissant des assurés en emploi, la pension d'invalidité est réduite, voire suspendue, pour ramener le cumul du revenu professionnel et de la pension au niveau du salaire trimestriel moyen de la dernière année civile précédant l'arrêt de travail suivi de la mise en invalidité. En 2017, la pension de plus de 45 % des pensionnés en emploi a ainsi été réduite ou suspendue.

Compte tenu de l'effet de seuil lié à la référence au salaire trimestriel moyen de la dernière année[255], ces règles de cumul peuvent s'avérer peu incitatives à la reprise de l'activité pour les assurés aux carrières modestes, heurtées ou interrompues : plus le salaire trimestriel moyen est faible, plus la reprise d'emploi conduit à réduire le montant de la pension d'invalidité, voire l'annule totalement. Dans d'autres cas au contraire, ces règles permettent le cumul de la pension d'invalidité avec un emploi générant une rémunération conséquente, peu cohérente avec la réduction de capacité de travail présumée de l'assuré.

---

[252] Source CNAM. En 2016, les invalides en emploi représentaient respectivement 14 % et 4 % des titulaires de pensions de 2ème et 3ème catégories.
[253] Décision de la chambre sociale de la Cour de cassation du 22 février 2005.
[254] Selon la DREES, +4,8 %, net de l'inflation, pour une personne seule entre 1990 et 2016, contre +11,2 % pour le RMI-RSA, +22 % pour le minimum vieillesse et +23 % pour l'AAH.
[255] Pour leur part, les travailleurs indépendants peuvent cumuler jusqu'à 120 % de leurs revenus avant la mise en invalidité.

Des règles de cumul invalidité - emploi qui pénalisent les reprises d'activité des salariés modestes et certains parcours professionnels

En 2017, la moitié des pensionnés de première catégorie en emploi cumulaient intégralement leur pension et des revenus professionnels.

Un assuré ayant eu une carrière homogène avec des revenus professionnels de 2 500 € bruts par mois en moyenne au cours des 10 meilleures années et un salaire trimestriel moyen de 9 000 € au cours de la dernière année civile précédant l'arrêt de travail suivi de la mise en invalidité, et qui bénéficie d'une pension d'invalidité de 1ère catégorie de 750 € peut cumuler intégralement sa pension avec une nouvelle activité rémunérée jusqu'à 2 250 € mensuels (nonobstant une perte estimée de capacité de travail des deux tiers).

En revanche, si ses revenus professionnels ont baissé en fin de carrière (à 4 500 € bruts par trimestre en moyenne), la pension d'invalidité ne sera intégralement cumulable avec des revenus professionnels que jusqu'à 750 € de tels revenus ; au-delà, elle sera réduite et, le cas échéant, suspendue si les revenus professionnels atteignent 1 500 €.

Pour sa part, un assuré ayant eu une carrière homogène proche du SMIC (1 400 € bruts par mois en moyenne au cours des 10 meilleures années et 4 500 € par trimestre en moyenne au cours de l'année précédant l'arrêt de travail suivi de la mise en invalidité) et percevant une pension d'invalidité de 420 € pourra conserver l'intégralité de sa pension jusqu'à 1 080 € de revenus professionnels suite à reprise d'activité. En revanche, s'il travaillait à temps partiel avant sa mise en invalidité (avec une rémunération trimestrielle moyenne de 2 100 €), sa pension d'invalidité sera réduite à partir de 280 € de revenus professionnels et suspendue à partir de 700 €.

Enfin, la situation d'un assuré ayant une carrière à temps partiel (avec 450 € bruts mensuels de revenus professionnels au cours des 10 meilleures années et 1 500 € de salaire trimestriel moyen) est encore moins favorable : le minimum de pension qui lui sera versé (soit 289,9 € mensuels) sera réduit à partir de 210,1 € de revenus professionnels et suspendu à partir de 500 €.

Dans tous les cas, les règles de cumul de la pension d'invalidité versée par l'assurance maladie et des revenus professionnels ne tiennent pas compte de la pension complémentaire versée, le cas échéant, en application d'un contrat de prévoyance souscrit par son employeur, ce qui est systématiquement le cas si l'assuré est cadre.

Afin que toute reprise d'activité professionnelle se traduise effectivement par un supplément de ressources pour l'assuré, le montant de la pension devrait être réduit de manière plus progressive à mesure de la hausse des revenus professionnels, en lissant ainsi l'actuel effet de seuil. Cette évolution rendrait les règles de cumul plus équitables et propices à des reprises d'emploi ponctuelles ou à temps partiel par des assurés en situation de fragilité. Afin d'en assurer la neutralité sur le plan financier, elle devrait s'accompagner d'un dispositif moins favorable pour les pensions les plus élevées et les reprises d'emploi les plus fortes.

L'instabilité de l'éligibilité des pensionnés à la prime d'activité

Les conditions d'éligibilité des titulaires de pensions d'invalidité à la prime d'activité ont été modifiées à trois reprises au cours des quatre dernières années : assouplissement favorable en 2016 aux personnes invalides et handicapées (les pensions d'invalidité et l'AAH étant assimilées aux revenus professionnels pour le calcul de la prime), puis limité aux seules personnes handicapées par la LFI 2018 et, en dernier lieu, rétabli jusqu'en 2024 par la LFI 2019, pour les seules personnes invalides ayant bénéficié du premier assouplissement. Cette instabilité traduit l'absence d'objectif clair en matière d'accompagnement vers l'emploi des assurés invalides.

3 - Rénover l'invalidité de première catégorie pour favoriser le retour à l'emploi

L'invalidité a été historiquement conçue comme une prise en charge de sorties précoces et le plus souvent définitives du marché du travail. Les titulaires d'une invalidité de 1ère catégorie, à caractère partiel, représentent néanmoins un quart des assurés et sont, pour 70 % d'entre eux, en emploi. Or les conditions d'évaluation de la situation de ces assurés sont délicates (perte de capacité de travail et de gain des deux tiers en tenant compte de l'âge, des aptitudes, de la formation professionnelle antérieure et de l'état de santé), *a fortiori* pour des pathologies aujourd'hui plus variées et complexes à évaluer dans le cadre de l'invalidité, en particulier leur caractère permanent ou insusceptible d'évolution (maladies chroniques).

Alors que le bénéfice d'une pension d'invalidité est en principe temporaire[257] et que son maintien suppose l'absence d'amélioration de l'état de santé ou de perspectives de réinsertion professionnelle[258], le défaut de suivi des titulaires de pensions d'invalidité ne permet pas de donner une portée effective à la législation en vigueur et, en particulier, d'adapter les modalités de leur prise en charge à l'évolution de leurs situation et besoins.

C'est pourquoi le bénéfice d'une pension de 1ère catégorie pourrait être ouvert pour une période définie[259], les pensionnés les plus proches de l'emploi bénéficiant au cours de celle-ci d'un accompagnement social et professionnel renforcé, en mobilisant les outils aujourd'hui réservés aux arrêts de travail indemnisés et aux mi-temps thérapeutiques[260]. Au terme de cette période, le bénéfice de la pension serait réévalué par le service médical de l'assurance maladie, à l'aide d'un référentiel médico-professionnel, afin d'apprécier s'il convient de reconduire la pension, de la suspendre ou de faire changer de catégorie l'assuré concerné. Ce réexamen devrait concerner en priorité les assurés éloignés de l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite et sa fréquence être modulée en fonction de l'état de santé des assurés.

Ce suivi ciblé d'une partie des pensionnés de 1ère catégorie concourrait à une meilleure maîtrise des admissions et maintiens en invalidité et des dépenses qui leur sont associées.

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

L'organisation et les outils du processus administratif et médical de l'invalidité doivent être mieux structurés et rationalisés, en tirant davantage parti de la transformation numérique, afin d'évaluer l'invalidité de manière plus homogène et de payer à bon droit les pensions.

---

[257] Article L. 341-9 du code de la sécurité sociale : « La pension est toujours concédée à titre temporaire ».

[258] Articles R. 341-14 du même code : « La suspension ou la suppression de la pension [...] intervient lorsque la capacité de gain devient supérieure à 50 %. […] la caisse [...] peut, à tout moment, provoquer une expertise médicale sur la capacité de gain qui reste à l'intéressé ».

[259] À titre de comparaison, l'AAH est servie aux personnes présentant une incapacité permanente comprise entre 50 et 79 % pour une durée pouvant aller jusqu'à 5 ans.

[260] Plans d'accompagnement personnalisés, bilans de compétences, adaptation des postes de travail, aides au reclassement, accompagnement social, y compris avec des partenaires spécialisés (Cap emploi, MDPH, médecine du travail).

1 - Mieux intégrer, piloter et contrôler le processus médico-administratif

La gestion des demandes puis des pensions fait intervenir de nombreux services[261]. Le déploiement en 2018 d'un référentiel national du processus invalidité (RNP) englobant l'ensemble des activités médicales et administratives a permis de capitaliser sur les meilleures pratiques. Il n'a toutefois pas encore conduit à formaliser un processus totalement intégré entre ces deux activités indissociables.

Le suivi et le pilotage du processus invalidité comme la connaissance des caractéristiques et des besoins des bénéficiaires restent embryonnaires aux niveaux local comme national, en raison de la segmentation des responsabilités et de la vétusté des outils de gestion. La refonte des outils informatiques SCAPIN[262] et Hippocrate[263] et la désignation d'une direction « chef de file » de l'ensemble du processus à la CNAM sont indispensables à un pilotage plus actif et efficient du risque.

Les contrôles du processus global demeurent insuffisants ou mal positionnés.

S'agissant du volet médical, l'organisation et le ciblage des contrôles des arrêts de travail de longue durée n'assurent pas une maîtrise suffisante du risque de mise en invalidité tardive des assurés suite à des indemnisations d'arrêts de travail de longue durée. En effet, la CNAM n'a pas harmonisé au plan national les conditions d'examen de la stabilisation de l'état de santé[264], ce qui concourt à la permanence de fortes disparités territoriales en la matière[265]. Par ailleurs, alors que les admissions en 3e catégorie sont systématiquement supervisées au sein du service médical, celles en 1ère et 2e catégories donnent lieu à un contrôle aléatoire portant sur un nombre limité de décisions, ce qui n'en favorise pas l'homogénéité.

[261] Invalidité, indemnités journalières, échelon local du service médical, agence comptable, contentieux et fraudes. Ces services sont en relation avec des services extérieurs partenaires (CAF, MDPH, CARSAT, service social, Pôle Emploi, etc.).
[262] Suivi et Calcul Automatisé des Pensions d'Invalidité.
[263] Application informatique du service médical de l'assurance maladie.
[264] À la différence de la « consolidation » de l'état de santé faisant suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, la « stabilisation » de l'état de santé justifiant une mise en invalidité n'est pas définie par des règles de droit.
[265] À titre d'exemple, la durée moyenne de l'arrêt de travail précédant la mise en invalidité était de 443 jours dans l'Orne et de 783 jours dans le Bas-Rhin en 2017.

S'agissant du volet administratif, la lourdeur de la gestion des déclarations de situation et de ressources des pensionnés s'accompagne d'un manque de contrôle de l'exactitude des informations qu'ils y déclarent.

2 - Homogénéiser les pratiques d'évaluation de l'invalidité

L'évaluation de l'état d'invalidité relève de l'échelon local, généralement départemental, du service médical de l'assurance maladie. À la suite de plusieurs rapports ayant relevé l'hétérogénéité sur le territoire des décisions d'admission en invalidité, dont celui de la Cour de 2010[266], la CNAM a décrit dans des lettres internes les conditions d'admission en invalidité et les rôles respectifs des services médical et administratif. En 2015, elle a mis à la disposition des médecins conseil du service médical un outil d'aide à la décision de mise en invalidité (AMI)[267]. Cependant, cet outil est peu utilisé, au motif de sa lourdeur d'emploi et d'une construction qui privilégierait l'examen de l'incapacité fonctionnelle de l'assuré, sur celui de la stabilisation de son état de santé et des incidences de cette stabilisation sur ses possibilités de reconversion professionnelle.

À la demande de la Cour dans le cadre de la présente enquête, la CNAM a recensé l'ensemble des demandes et décisions d'attributions de pensions d'invalidité par CPAM entre 2010 et 2017. Pour cette dernière année, le taux d'acceptation des demandes varie d'un à deux selon les départements[268]. L'amplitude des écarts entre départements du nombre moyen d'attributions de pensions pour 100 000 assurés de 20 à 61 ans est encore plus forte : sur la période 2010-2017, elle va d'un à cinq[269].

---

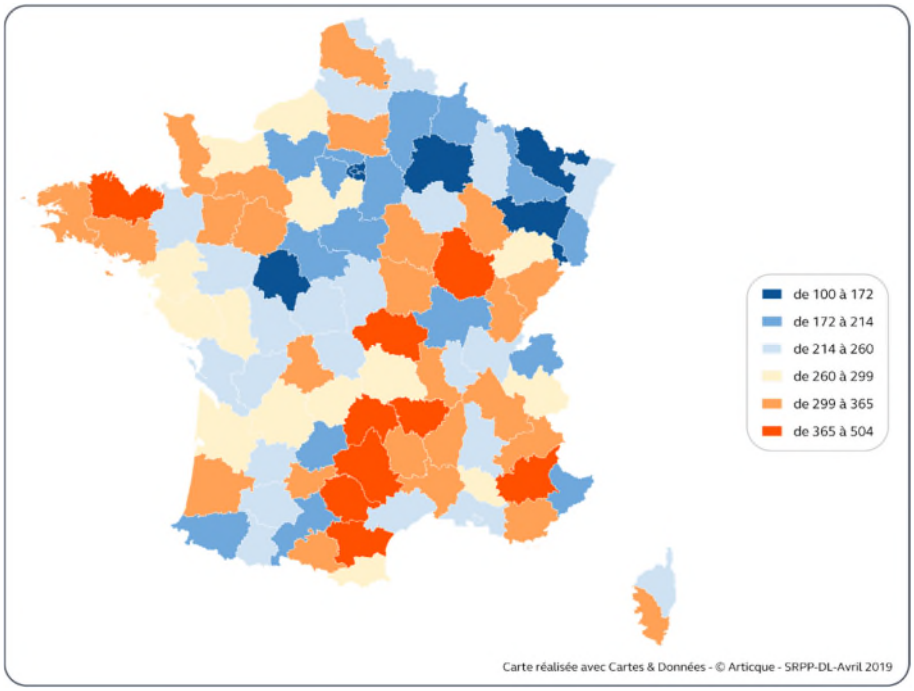
[266] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2011*, Chapitre XV L'invalidité et l'inaptitude dans le régime général, p. 393-426, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

[267] Il aide à évaluer l'incapacité fonctionnelle des assurés et graduer les capacités restantes de l'assuré pour 16 activités. L'outil génère un avis indicatif, le médecin-conseil restant libre de sa décision.

[268] De 41 % à 86 % avec une moyenne nationale de 67 %.

[269] De 98 à 523 attributions pour 100 000 assurés, pour une moyenne nationale de 240. Cette hétérogénéité s'observe aussi en matière de première attribution et de renouvellement de l'AAH, mais est suivie dans le cadre du programme 157 Handicap et dépendance de la loi de finances annuelle.

Carte n° 2 : nombre moyen d'entrées en invalidité pour 100 000 assurés du régime général (2010-2017)



Lecture : les couleurs bleues indiquent une moindre fréquence des mises en invalidité par rapport à la moyenne nationale et les couleurs oranges une fréquence supérieure à la moyenne nationale.
Source : Cour des comptes, d'après des données de la CNAM.

L'absence de référentiel commun à l'ensemble des médecins conseils du service médical de l'assurance maladie pour évaluer l'état d'invalidité affecte l'égalité de traitement des assurés. Elle limite de surcroît la mise en œuvre au sein du service médical d'actions de supervision des admissions en invalidité, que rendent pourtant nécessaires la complexité de cette notion et la pluralité des critères à examiner, *a fortiori* par un seul médecin conseil.

L'assurance maladie devrait établir et rendre obligatoires des référentiels médicaux nationaux intégrant l'employabilité de l'assuré, en capitalisant sur certains progrès récents ou en cours[270]. Au-delà de ses

[270] Guide barème et arbre de décision déployés pour la mesure de l'incapacité permanente et la restriction durable d'accès à l'emploi en matière d'AAH ; expérimentation en cours de barèmes des risques professionnels (AT-MP) incluant les répercussions professionnelles d'une affection.

apports pour l'invalidité, cette évolution permettrait d'ouvrir une réflexion sur une harmonisation des critères d'évaluation de l'invalidité et du handicap, de nature à faciliter l'accès des assurés à leurs droits et à simplifier leurs parcours.

3 - Payer à bon droit les prestations

Le respect des règles de cumul entre pension d'invalidité et revenus professionnels repose sur la communication de déclarations sur l'honneur de situation et de ressources par les pensionnés. Ces déclarations obéissent à une périodicité variable[271]. En l'absence de réponse dans un délai déterminé, le versement de la pension est suspendu.

En dehors des actions de vérification organisées par la CNAM, les CPAM ont détecté, en 2017, 303 situations fautives, voire dans certains cas frauduleuses, au titre des pensions d'invalidité et 440 au titre de l'ASI, à l'origine respectivement de 4,8 M€ et de 3,5 M€ de préjudices subis ou évités (soit 15 700 € et 8 000 € par dossier irrégulier en moyenne). Néanmoins, l'absence de croisement systématique des déclarations des pensionnés avec d'autres sources d'information limite fortement les possibilités de détection des erreurs, intentionnelles ou non, qui s'exercent au détriment de l'assurance maladie ou, moins fréquemment, des assurés.

À compter de 2020, doit être mise en œuvre une base des ressources mensuelles, commune à l'ensemble des organismes sociaux, et alimentée chaque mois notamment par les données de salaires déclarées par les employeurs dans la DSN et celles relatives aux prestations versées par les organismes sociaux. Cette base doit en premier lieu servir à gérer les aides au logement en fonction des ressources contemporaines de leurs allocataires. Au-delà, elle doit contribuer à fiabiliser l'attribution, le calcul et le service de la plupart des prestations et aides soumises à des conditions de ressources ou modulées en fonction des ressources. S'agissant de l'invalidité, elle pourrait permettre à l'assurance maladie d'acquérir chaque mois des données de revenus professionnels des pensionnés (et de ressources du foyer pour les titulaires de l'ASI) plus complètes et fiables que celles issues des déclarations sur l'honneur.

Toutefois, l'invalidité n'est pas mentionnée au nombre des utilisations prévues des données de la base des ressources mensuelles dans l'annexe au PLFSS 2019 où figure l'évaluation préalable de l'article de ce

[271] Une fois par an en l'absence d'activité professionnelle connue, tous les semestres en cas d'activité et de perception d'une allocation de Pôle emploi, tous les mois dans les autres cas d'activité et tous les trimestres en cas de perception de l'ASI.

projet de loi relative à la mise en place de cette base. En outre, si elle évoque l'utilisation des données de la DSN pour vérifier les revenus des pensionnés, la COG 2018-2022 de la branche maladie ne prévoit pas d'échéance à ce titre.

Au regard de l'enjeu du paiement à bon droit des pensions d'invalidité, il importe que l'assurance maladie mette en place un rapprochement systématique des informations déclarées par les pensionnés avec celles contenues dans la base des ressources mensuelles. Au-delà, les informations relatives aux revenus professionnels (pensionnés) et aux ressources (pensionnés titulaires de l'ASI) perçus pourraient être pré-remplies sur les déclarations, les pensionnés étant alors appelés à les confirmer ou à les rectifier en produisant des justificatifs à cet effet.

Par ailleurs, l'application de l'exonération ou du taux réduit de CSG repose sur une demande de production de leur avis d'imposition par les titulaires de pensions d'invalidité (en septembre) ; lorsque ce document n'est pas produit, l'assurance maladie applique le taux normal de CSG. Afin de sécuriser l'application des prélèvements sociaux et de dispenser les pensionnés d'une formalité portant sur des données déjà détenues par les administrations, la DGFiP devrait communiquer à la CNAM les informations relatives au revenu fiscal de référence.

4 - Continuer à réduire les coûts de gestion

Entre 2013 et 2018, le nombre d'emplois (ETP) affectés à la gestion administrative de l'invalidité a été réduit de 647,9 à 507,9 (-21,6 %)[272]. Les effectifs du service médical consacrés à l'invalidité ne sont quant à eux pas recensés, l'outil de contrôle de gestion étant en cours de déploiement.

La baisse des effectifs de la gestion administrative de l'invalidité traduit pour partie la mutualisation à fin 2017 d'une partie des tâches qui s'y rapportent[273] sur 28 pôles interdépartementaux (contre 49 précédemment et la totalité des CPAM départementales ou infra-départementales avant 2015). Au-delà de gains de productivité (estimés *ex ante* par la CNAM à 95 ETP, soit entre 15 et 20 % de l'effectif), cette réorganisation a permis de réduire les inégalités de traitement ou de productivité sur le territoire et d'améliorer le niveau d'expertise de chaque service.

[272] Hors CRAMIF, qui gère 16 % des pensions d'invalidité du régime général.
[273] Dans le cadre du dispositif « Travail en Réseau de l'Assurance Maladie » (TRAM), qui mutualise certains processus de gestion entre un nombre variable de CPAM.

La prochaine ouverture d'un service de télédéclaration sur internet de leur situation et de leurs ressources par les bénéficiaires de pensions d'invalidité permettra à l'assurance maladie de réaliser d'autres gains d'efficience, liés à la saisie des déclarations (le redéploiement de 60 emplois étant prévu au regard d'un objectif de 80 % de télédéclarations en 2022) et à leur affranchissement.

Il convient d'étendre la mutualisation de la gestion administrative de l'invalidité à des activités qu'elle ne couvre pas encore (numérisation des documents papier des dossiers, paiement et comptabilisation des prestations, indus et contentieux), en la confiant à un nombre réduit de structures et en adaptant l'outil informatique de gestion des prestations.

Ces évolutions permettraient de dégager des moyens pour accompagner de manière plus individualisée les bénéficiaires de pensions d'invalidité, comme évoqué dans les développements précédents.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Au carrefour des prises en charge au titre de la maladie, des accidents du travail et maladies professionnelles, du handicap et de la retraite, l'assurance invalidité se singularise en France par une organisation fragmentée entre une vingtaine de régimes comportant des règles distinctes et des critères quasiment inchangés depuis sa création.

Les caractéristiques de l'invalidité l'ont ainsi progressivement éloignée des évolutions de la protection sociale, du marché du travail et de l'épidémiologie et, ce faisant, des besoins de ses bénéficiaires.

En outre, l'invalidité est un domaine peu connu et suivi, malgré la fragilité de l'état de santé et de la situation professionnelle et sociale d'une grande partie des pensionnés, la dynamique des dépenses sur la période récente et les adhérences avec les autres risques sociaux.

En dépit de certains progrès, la gestion du risque d'invalidité demeure par ailleurs insuffisamment orientée vers l'accompagnement des pensionnés et vers le paiement à bon droit des pensions en fonction de l'évolution de leurs revenus et est obérée par des procédures et des outils incomplets ou obsolètes. Une gestion plus active s'impose afin de prendre en compte plus étroitement la situation et les besoins des assurés. En permettant de mieux réguler ce risque, les évolutions préconisées par la Cour justifieraient d'intégrer les pensions d'invalidité à l'ONDAM.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

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 1ère 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).*

Chapitre V

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

PRÉSENTATION

Un départ anticipé à la retraite est, au sens strict, un départ 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[274]).

Les dispositifs de départ anticipé constituent l'un des mécanismes de solidarité du système de retraite, par lesquels les assurés bénéficient de droits supplémentaires à ceux, à caractère contributif, qui découlent de leurs cotisations préalables.

La Cour a examiné sept des principaux dispositifs de départ anticipé, en dressant un bilan inédit à ce jour : 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.

Cette analyse présente un double intérêt.

Les dispositifs de départ anticipé à la retraite ont fait l'objet d'une attention soutenue du législateur. Depuis 2003, chaque réforme des retraites a été l'occasion de créer de nouveaux dispositifs dérogatoires ou d'amender ceux en vigueur. De ce fait, ces dispositifs sont nombreux, tendent à se superposer et connaissent une certaine instabilité de leurs principes et conditions d'éligibilité de leurs bénéficiaires qu'il apparaît utile de questionner.

En outre, les dispositifs ici examinés permettent depuis le début de la décennie le départ à la retraite d'un grand nombre d'assurés, de l'ordre de 400 000 en 2017. Ces départs ont un coût élevé pour la collectivité, qui a atteint près de 14 Md€ en 2016.

Les dispositifs de départ anticipé en vigueur sont aujourd'hui à l'origine de près d'un départ à la retraite sur deux par dérogation à l'âge légal ou à la durée d'assurance requis (I). L'incidence de ces dispositifs sur la situation financière du système de retraite appelle à en hiérarchiser plus fortement les priorités (II).

[274] Article L. 351-8 du code de la sécurité sociale.

I - Des dispositifs nombreux, désormais à l'origine d'un départ à la retraite sur deux

Les dispositifs de départ anticipé sont nombreux et changeants. Sous l'effet pour l'essentiel du dispositif des carrières longues, créé en 2003 et étendu notamment en 2012, ils ont été en 2017 à l'origine de près d'un départ à la retraite sur deux.

A - De multiples dérogations à l'âge légal ou à la durée d'assurance

Les sept dispositifs de départ anticipé examinés par la Cour prennent en compte la carrière, les caractéristiques de l'emploi occupé et l'état de santé de leurs bénéficiaires.

En 2017, 400 000 assurés sont partis à la retraite dans le cadre de l'un de ces dispositifs (sur un effectif d'environ 800 000 personnes parties à la retraite). Compte tenu de ces départs et de ceux intervenus au cours des années précédentes dont les bénéficiaires n'avaient pas encore atteint l'âge légal de départ (ou réuni la durée d'assurance requise), ces dispositifs ont été à l'origine de près de 14 Md€ de dépenses tous régimes confondus en 2016. Trois dispositifs concentrent la plus grande partie des départs et des coûts : les carrières longues (plus de 250 000 départs et 6,1 Md€ de dépenses), les catégories actives de la fonction publique (31 000 départs et 3,3 Md€ de dépenses) et l'inaptitude, substituée ou non à une pension d'invalidité (130 000 départs et 1,7 Md€ de dépenses)[275].

1 - La prise en compte de la carrière

a) Les carrières longues : le plus important dispositif de départ anticipé à la retraite, emblématique de la réforme de 2003

Instauré dans le cadre de la réforme des retraites de 2003, le dispositif des carrières longues permet aux assurés, quel qu'en soit le régime d'affiliation, qui ont commencé à travailler de manière précoce de

[275] La somme des départs à la retraite ici mentionnés dépasse le nombre de personnes indiquées comme étant parties à la retraite. En effet, un même assuré peut bénéficier de plusieurs pensions de retraite au titre de régimes distincts (assuré « polypensionné »).

partir à la retraite à taux plein avant l'âge légal d'ouverture des droits. Il a un double objet : prendre en compte les conséquences d'une longue période d'activité sur la capacité de travail et l'état de santé ; reconnaître des droits au titre de la partie de la carrière dépassant celle requise pour le taux plein[276].

Les assurés peuvent partir à la retraite de manière anticipée 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. Dans tous les cas, ils doivent réunir la durée d'assurance cotisée ou réputée telle requise pour l'application du taux plein à leur génération.

Tous régimes confondus, plus de 250 000 assurés sont partis de manière anticipée à la retraite en 2017 dans le cadre du dispositif des carrières longues, dont plus de 176 000 pour le seul régime général.

b) La retraite progressive : une tentative de portée limitée de flexibilisation des départs à la retraite

La retraite progressive est un dispositif d'aménagement de fin de carrière, accessible deux ans avant l'âge légal d'ouverture des droits depuis la réforme des retraites de 2014 (à l'âge légal auparavant), qui permet de percevoir une partie de la pension tout en exerçant une activité à temps partiel. La durée globale de travail à temps partiel doit représenter entre 40 % et 80 % de la durée de travail à temps complet. L'assuré doit justifier d'au moins 150 trimestres de durée d'assurance. La pension de retraite perçue pendant cette période, inversement proportionnelle à la durée de travail à temps partiel, est recalculée lors du départ définitif à la retraite.

Avant la réforme des retraites de 2014, la retraite progressive était un dispositif confidentiel, avec moins de 2 500 bénéficiaires au régime général en 2012 et seulement 29 % des jeunes retraités déclarant le connaître[277]. Afin d'en accroître l'attractivité, la réforme de 2014 en a assoupli les conditions d'accès : abaissement de l'âge d'accès à l'âge légal d'ouverture des droits diminué de deux ans, sans pouvoir être inférieur à 60 ans ; prise en compte d'une durée d'assurance tous régimes ; aménagement du barème « durée travaillée/fraction de la pension servie » pour rendre le dispositif plus lisible et incitatif. Dans le même temps, le

[276] Une alternative aurait pu consister à majorer la pension au titre des périodes cotisées au-delà de la durée d'assurance requise pour le taux plein avant l'atteinte de l'âge légal. Aujourd'hui, un assuré peut obtenir une majoration de pension pour des périodes cotisées au-delà de la durée d'assurance requise pour le taux plein, mais seulement pour les périodes postérieures à l'âge légal (surcote).
[277] CNAV/COR/DREES/DSS, Motivations de départ à la retraite, novembre 2012.

cumul emploi-retraite était rendu moins avantageux. Par ailleurs, en 2017, la condition d'exclusivité de l'activité professionnelle à temps partiel chez un seul employeur a été supprimée.

Les assouplissements apportés à l'accès à une retraite progressive ont accru l'attractivité de ce dispositif. Le nombre de ses nouveaux bénéficiaires reste néanmoins limité, avec près de 10 000 départs en 2017.

2 - La prise en compte des caractéristiques de l'emploi occupé

a) Les catégories actives : un dispositif de départ anticipé propre aux fonctions publiques

La catégorie active[278] est une catégorie d'emplois de la fonction publique présentant « un risque particulier ou des fatigues exceptionnelles[279] ». Elle concerne une partie des agents des trois fonctions publiques, d'État, territoriale et hospitalière[280].

Comparée aux catégories d'emplois qualifiées de sédentaires, la catégorie active permet un départ anticipé de cinq ans par rapport à l'âge légal d'ouverture des droits (personnels de surveillance des douanes, sapeur-pompiers professionnels, aides-soignants, etc.), voire de dix ans pour les catégories « super-actives » (personnels actifs de la police nationale, agents des réseaux souterrains des égouts, etc.). Elle tire sa justification de la dangerosité des fonctions exercées ou de la sinistralité accrue de certains emplois.

Certaines catégories bénéficient en outre de bonifications de durée de service et de majorations de durée d'assurance[281]. Une partie de ces bonifications est attribuée en contrepartie d'une surcotisation à la charge des agents concernés (policiers nationaux, douaniers et sapeurs-pompiers professionnels) ou d'une surcotisation de l'employeur (policiers de la préfecture de police de Paris).

---

[278] Sur les catégories actives, voir Cour des comptes, *Rapport public thématique,* Les pensions de retraite des fonctionnaires, La Documentation française, octobre 2016, 197 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

[279] Article L. 24-1-I° du code des pensions civiles et militaires de retraite (CPCMR).

[280] Les ouvriers de l'État, agents publics relevant d'un régime spécial de retraite spécifique, bénéficient d'un dispositif similaire.

[281] Les bonifications sont des attributions de périodes non cotisées qui jouent à la fois sur la durée d'assurance totale tous régimes et la part (proratisation) de la pension de retraite de fonctionnaire liée à un service dans la fonction publique. Pour leur part, les majorations de durée d'assurance jouent uniquement sur la durée d'assurance totale.

Pour bénéficier d'un départ anticipé au titre de la catégorie active, il faut avoir accompli une durée minimale de service dans l'un des emplois classés en catégorie active, fixée à 27 ans ou à 17 ans.

En 2017, les départs au titre d'une catégorie active ont représenté 24 % des départs dans la fonction publique de l'État (14 000 départs), 6,4 % dans la fonction publique territoriale (2 800 départs) et 56 % dans la fonction publique hospitalière (près de 14 300 départs).

b) Le compte professionnel de prévention : un dispositif de création récente qui a déjà beaucoup évolué

Dans le cadre de la réforme des retraites de 2014, a été créé, à compter du 1er janvier 2015, le compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P). Au 1er octobre 2017, il est devenu le compte professionnel de prévention (C2P).

Au titre de ce dispositif, les salariés exposés à différents facteurs de pénibilité acquièrent des droits sous forme de points, en fonction de la durée de cette exposition (1 trimestre = 1 point). Ces points peuvent être utilisés de trois manières : heures de formation professionnelle pour accéder à un emploi moins ou non exposé, période de travail à temps partiel avec compensation salariale ou, dans le cadre de la retraite, majoration de la durée d'assurance ou départ anticipé à partir de 60 ans.

En 2016, les employeurs de salariés ont déclaré que 820 100 de leurs collaborateurs étaient exposés à l'un au moins des dix facteurs de pénibilité retenus[282]. Un salarié exposé sur cinq l'était au titre de plusieurs facteurs de pénibilité. Les quatre facteurs de pénibilité[283] transférés au dispositif d'incapacité permanente (voir *infra*), qui étaient encore recensés dans le cadre du C3P en 2016, étaient mentionnés dans près d'un tiers des déclarations, pour certains de manière conjointe avec d'autres facteurs de pénibilité maintenus dans le champ du C2P. Compte tenu de sa création récente et de la réforme de 2017, les bénéficiaires futurs du compte professionnel de prévention restent mal connus.

[282] Les déclarations d'exposition à des facteurs de pénibilité sont susceptibles d'être modifiées : les employeurs ont trois ans pour rectifier leur déclaration en cas de modification favorable au salarié et les salariés peuvent demander la modification de leur déclaration dans un délai de deux ans s'ils s'estiment lésés.

[283] Manutention manuelle de charges, postures pénibles, vibrations mécaniques et agents chimiques dangereux.

3 - La prise en compte de l'état de santé

a) L'inaptitude substituée ou non à une pension d'invalidité : un dispositif ancien de départ à taux plein à l'âge légal

Dans les régimes de base et complémentaires des salariés du secteur privé, les assurés titulaires d'une pension d'invalidité[284] et ceux reconnus inaptes au travail par le service médical de l'assurance maladie bénéficient d'une pension de retraite à taux plein dès l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite, quelle que soit leur durée d'assurance préalable.

Dans les régimes de fonctionnaires, l'état de santé agit différemment sur les conditions de départ à la retraite. Un fonctionnaire atteint d'une invalidité dont le caractère permanent et stabilisé a été reconnu, se trouvant dans l'incapacité d'exercer ses fonctions et n'ayant pu être reclassé sur un autre emploi, peut être radié des cadres (après avis de la commission de réforme) et mis à la retraite pour invalidité sans condition d'âge.

S'agissant du régime général des salariés du secteur privé, environ 52 000 assurés sont partis à la retraite en 2017 par la voie d'une pension de retraite pour inaptitude substituée à une pension d'invalidité et 46 000 autres à la suite d'une reconnaissance de leur inaptitude au travail, sans mise en invalidité préalable.

b) L'incapacité permanente : une première tentative de prise en compte explicite de la pénibilité du travail

Dans le cadre de la réforme des retraites de 2010 a été ouvert, au régime général et dans les régimes agricoles (salariés et exploitants), un droit à retraite à taux plein dès l'âge de 60 ans, sans condition de durée d'assurance préalable, pour les assurés justifiant d'un taux d'incapacité permanente[285] reconnue suite à une maladie professionnelle ou à un accident du travail ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle.

[284] Les personnes auxquelles a été reconnu un taux d'incapacité permanente de 50 %, dont les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), bénéficient également du taux plein à l'âge légal.

[285] Sans condition au-delà d'un taux de 20 % ; sous conditions de durée de 17 années d'exposition aux facteurs de risque et d'examen par une commission pour un taux compris entre 10 % et 20 %.

Créé sous le terme de « pénibilité[286] », ce dispositif ne constitue pas à proprement parler une mesure compensatoire visant à prendre en compte une exposition globale à un ou à plusieurs facteurs de pénibilité. Il constate un certain degré d'incapacité d'un salarié à occuper un emploi, en permettant à ce dernier de partir, sous conditions, en retraite anticipée.

Le nombre d'attributions de retraites pour incapacité permanente au régime général s'est stabilisé autour de 3 500 par an entre 2012 et 2017.

La création du compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P) en 2014 ne semble pas avoir eu d'impact significatif sur le nombre de départs pour incapacité permanente. La réforme intervenue en 2017[287], qui transfère au dispositif d'incapacité permanente certains facteurs de pénibilité[288] du C3P (voir *supra*) devrait en revanche significativement accroître le nombre de ses bénéficiaires : selon le ministère chargé de la sécurité sociale, 6 500 assurés partiraient de manière anticipée à la retraite au motif d'une incapacité permanente à partir de 2022.

c) La retraite anticipée des travailleurs handicapés : un dispositif ciblé destiné à des personnes ayant durablement travaillé

Introduite par amendement dans la loi de réforme des retraites de 2003, la retraite anticipée pour les personnes handicapées (RATH) ouvre aux personnes justifiant d'un taux d'incapacité d'au moins 50 %, quel que soit leur régime d'affiliation, la possibilité de faire valoir leurs droits à retraite dès 55 ans, à taux plein. Elle est soumise à une double condition de durée d'assurance[289] totale minimale et de durée cotisée[290] minimale accomplies avec une reconnaissance de leur handicap. Elle s'accompagne d'une majoration de pension destinée à compenser les aléas de la carrière.

---

[286] En 2014, le terme « incapacité permanente » a remplacé celui de « pénibilité ».

[287] Ordonnance du 22 septembre 2017 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention.

[288] Manutention manuelle de charges, postures pénibles, vibrations mécaniques et agents chimiques dangereux. Pour les salariés dont la maladie professionnelle est consécutive à une exposition à ces facteurs, les conditions de durée et de passage devant la commission sont levées pour un taux compris entre 10 % et 20 %.

[289] Constituée par l'ensemble des trimestres validés. Elle comprend les périodes d'activité - effectivement cotisées - et certaines périodes d'interruption d'activité, les trimestres de majoration d'assurance accordés en fonction de certaines situations et les trimestres rachetés.

[290] Périodes qui ont donné lieu à cotisations effectives à la charge de l'assuré à un régime de sécurité sociale.

La RATH a une ampleur modeste : au régime général, 2 776 départs à ce titre sont intervenus en 2017 ; environ 3 000 par an sont projetés sur la période 2019-2023.

B - Des finalités multiples, évolutives et inégalement vérifiées

Des préoccupations d'équité ont été avancées lors de la création ou des modifications apportées aux mécanismes de départ anticipé à la retraite. Toutefois, ces dispositifs, qui présentent une forte instabilité, répondent souvent à des finalités communes. Par ailleurs, la justification tirée d'un écart d'espérance de vie de leurs bénéficiaires par rapport aux autres assurés n'est pas établie pour tous les dispositifs.

1 - Une forte instabilité des règles de départ anticipé à la retraite

Sur les sept dispositifs examinés, quatre ont été créés depuis 2003 et deux depuis 2010. Cinq ont été substantiellement modifiés depuis 2003.

Tableau n° 25 : création et évolution des dispositifs de départ anticipé

Dispositif	Date de création	Modifications substantielles depuis 2003
Catégories actives	1853	[291]
Inaptitude substituée ou non à une pension d'invalidité	1945	-
Retraite progressive	1988	2003, 2010, 2014, 2017
Carrières longues	2003	2008, 2010, 2012, 2014
Handicap	2003	2005, 2010, 2014, 2017
Incapacité permanente	2010	2014, 2017
Pénibilité	2014	2017

Source : Cour des comptes.

[291] Bien que leur conception générale n'ait pas évolué, les réformes successives des retraites ont profondément affecté les catégories actives : la durée d'assurance requise pour le taux plein, identique pour les fonctionnaires relevant d'une catégorie active ou super-active à celle des autres fonctionnaires, a augmenté ; le relèvement des âges d'ouverture des droits et d'annulation de la décote a en outre été transposé à ces catégories. Par ailleurs, le périmètre des agents classés en catégorie active a été réduit (voir *infra*).

En dehors des catégories actives de la fonction publique et de l'inaptitude, les dispositifs de départ anticipé sont allés de pair avec les réformes successives des retraites qui ont visé à relever l'âge moyen de départ à la retraite. En contrepartie, chaque réforme a en effet instauré ou étendu des dispositifs compensatoires ayant pour objet d'incarner des préoccupations de justice sociale et d'équilibre de la réforme : carrières longues en 2003, pénibilité en 2010, extension de ces deux dispositifs en 2014. La retraite progressive a quant à elle été instaurée dès 1988, à la suite d'une réflexion sur l'avenir des retraites, puis a été continûment révisée depuis le début de la décennie.

Le dispositif de départ anticipé pour carrière longue a été modifié à chaque nouvelle réforme :

- à sa création en 2003, il était réservé aux assurés ayant commencé à travailler avant l'âge de 17 ans dont la durée cotisée correspondait à la durée d'assurance ouvrant droit à une retraite à taux plein majorée de huit trimestres (« condition d'ancienneté ») ;
- dans le cadre de la réforme de 2010, le relèvement par étape de l'âge légal de la retraite de 60 à 62 ans a conduit à ajuster l'âge d'ouverture du droit à retraite au titre des carrières longues. Parallèlement, une possibilité de départ anticipé a été accordée aux assurés dont l'activité a débuté avant 18 ans ;
- le décret du 2 juillet 2012 a élargi (au 1er novembre 2012) la possibilité de partir dès 60 ans aux assurés justifiant d'une durée cotisée égale à la durée d'assurance ouvrant droit à une retraite à taux plein et ayant commencé à travailler avant 20 ans. En outre, la condition de durée d'assurance majorée de huit trimestres a été supprimée ;
- le champ des périodes réputées cotisées a été étendu dans le cadre de la réforme des retraites de 2014[292].

[292] À la suite de cette réforme, sont réputés cotisés quatre trimestres de service national, quatre trimestres d'arrêt maladie ou AT-MP, l'ensemble des trimestres liés au congé maternité (nouveau), deux trimestres au titre de périodes d'indemnisation de l'invalidité (nouveau), quatre trimestres de chômage indemnisé (+ deux trimestres) et l'ensemble des trimestres de majoration de durée d'assurance attribués au titre du compte personnel de prévention de la pénibilité.

À l'occasion des réformes, la logique sous-jacente aux dispositifs a pu évoluer : passage, en 2012, à une logique de carrière longue plutôt que « très longue » avec la suppression de la condition précitée des huit trimestres, puis en 2014 à une carrière moins contributive avec l'extension du champ des périodes assimilées à des périodes cotisées prises en compte, qui facilite la réunion de l'ensemble des trimestres nécessaires à une carrière reconnue « longue » ; passage pour la préretraite progressive à une logique de « pré-retraite partielle » en 2014 avec la possibilité de partir en retraite progressive avant l'âge légal ; passage à une logique plus collective dans l'évaluation des risques et leur financement pour le C2P en 2017.

Au-delà d'une compensation du relèvement de l'âge légal ou de l'allongement de la durée d'assurance, la récurrence des modifications apportées aux dispositifs de départ anticipé paraît aussi résulter d'un degré de préparation parfois insuffisant de certaines dispositions législatives et réglementaires. De fait, les nouveaux dispositifs n'ont généralement pas donné lieu à des réflexions techniques approfondies, ni à des études d'impact détaillées. Cette circonstance a contribué à des erreurs d'appréciation aux cas des carrières longues (sous-estimation des validations de cotisations arriérées lors de la réforme de 2003), de l'incapacité permanente (imprécision sur le nombre de bénéficiaires) et du handicap (difficulté à définir des critères à même d'atteindre les populations visées).

2 - Une superposition de dispositifs visant à prendre en compte l'incidence possible de l'activité professionnelle sur l'état de santé

La création de nouveaux dispositifs sans révision ou intégration de dispositifs préexistants a pu contribuer au manque de cohérence d'ensemble des dispositifs de départ anticipé à la retraite.

À cet égard, plusieurs dispositifs concourent à des objectifs similaires, mais avec des niveaux d'avantages hétérogènes et sans justification toujours évidente des différences de traitement qui en résultent pour des assurés placés dans des situations voisines.

Tableau n° 26 : principales finalités des dispositifs de départ anticipé

Dispositif	Préserver le lien entre durée d'assurance et pension	Prendre en compte l'incapacité à travailler	Prendre en compte les incidences du travail sur l'état de santé	Favoriser une transition progressive vers la retraite
Catégories actives de la fonction publique			●	
Inaptitude		●	●	
Retraite progressive				●
Carrières longues	●		●	
Handicap		●		
Incapacité permanente		●	●	
Pénibilité			●	

Source : Cour des comptes.

Les incidences potentielles (catégories actives de la fonction publique, carrières longues, pénibilité) ou avérées (inaptitude et incapacité permanente) 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 les catégories actives et le C2P ; la dégradation de l'état de santé liée au travail, pour l'incapacité permanente et l'inaptitude.

La diversité de ces approches résulte notamment de la difficulté à définir et à évaluer les conséquences du travail sur la santé. De fait, au fil des réformes des retraites intervenues depuis 2003, la notion même de pénibilité a donné lieu à des appréhensions distinctes à des intervalles rapprochés : carrières longues en 2003, incapacité permanente en 2010, C3P en 2014 puis C2P en 2017.

3 - Des dispositifs parfois complexes et insuffisamment suivis

Certains dispositifs présentent de longue date d'importants facteurs de complexité. Ainsi, la liste des emplois relevant de catégories actives n'a pas été actualisée depuis plus de trente ans pour les affiliés à la CNRACL ; cela soulève des difficultés croissantes d'adéquation entre les corps et cadres d'emploi en vigueur et les conditions de classement de

l'époque[293], ainsi que des difficultés d'interprétation des textes sur le classement des emplois pour de nombreux employeurs[294]. Par ailleurs, le droit à bénéficier d'un départ anticipé au titre de la catégorie active repose sur des déclarations des employeurs parfois difficilement vérifiables. Dès lors, le dénombrement exact du nombre d'agents susceptibles de bénéficier d'un départ anticipé au titre des catégories actives est affecté d'incertitudes.

S'agissant des dispositifs de création récente, la difficulté à cerner les catégories de personnes concernées a pu se traduire par l'instauration de dispositifs jugés trop complexes, soit pour les employeurs (C3P avant sa transformation en C2P), soit pour leurs bénéficiaires (RATH), ce qui a conduit à les adapter.

Le compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P), devenu compte professionnel de prévention (C2P) en 2017, a ainsi connu deux évolutions substantielles depuis sa création en 2014, les modalités de mise en œuvre du dispositif initial s'étant révélées d'une complexité excessive. Dès 2015, il a été complété par la définition de référentiels d'exposition par branche tandis qu'était supprimée la fiche individuelle que l'employeur était tenu de transmettre au salarié[295]. En 2017, le nombre de facteurs de risque pris en compte a été réduit de 10 à six[296].

La retraite anticipée pour handicap (RATH) a été complétée dès 2005 par une majoration de pension, faute d'une évaluation préalable à la création du dispositif en 2003 du montant moyen de pension auquel pouvaient prétendre les bénéficiaires (en général peu élevé car fortement proratisé du fait de durées de carrière relativement courtes). En 2010, la RATH a été étendue aux personnes bénéficiaires de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), mais cette extension a été

[293] Ainsi, la réforme statutaire de 2014 du corps des sages-femmes des hôpitaux publics a modifié les grades, qui ne correspondent plus exactement aux termes de l'arrêté.

[294] Les tribunaux administratifs tranchent alors au cas par cas. Pour pallier cette difficulté, la DGAFP a mis en place une grille d'analyse afin de déterminer les conditions dans lesquelles les agents peuvent bénéficier de la catégorie active.

[295] Dispositions de la loi du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi adoptées à la suite du rapport remis au Premier ministre en mai 2015 par Christophe SIRUGUE, Gérard HUOT et Michel de VIRVILLE (*Compte personnel de prévention de la pénibilité : propositions pour un dispositif plus simple, plus sécurisé et mieux articulé avec la prévention*).

[296] Dispositions de l'ordonnance du 22 septembre 2017 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention, qui met fin à l'obligation déclarative des facteurs liés aux postures pénibles, aux vibrations mécaniques, à la manutention manuelle des charges et à des agents chimiques dangereux.

remplacée dès 2014 par un abaissement de 80 à 50 % du taux minimum d'incapacité permanente pour en bénéficier.

La RATH présentait déjà à sa création en 2003 un degré élevé de complexité, dans la mesure où son accès était subordonné à la reconnaissance d'un taux d'incapacité permanente pendant des durées d'assurance et cotisées déterminées. La démonstration de la coïncidence entre handicap et périodes d'assurance et cotisées pouvait ainsi s'avérer délicate pour les assurés. Si une commission auprès de la CNAV a été créée en 2017 pour se prononcer sur la validation de périodes sans justificatif, la compétence de cette instance est limitée aux taux d'incapacité supérieurs à 80 % et la validation ne peut porter au plus que sur 30 % de la carrière.

Un autre facteur de complexité affecte le pilotage des dispositifs de départ anticipé. Si le nombre de bénéficiaires et le coût de chacun des dispositifs sont suivis au plan statistique, tous ne donnent pas lieu, de la part des caisses et du ministère chargé de la sécurité sociale, à un suivi qualitatif régulier (analyse des populations bénéficiaires, recherche des facteurs explicatifs d'évolution, etc.). Tel est tout particulièrement le cas pour l'un des trois dispositifs les plus importants, l'inaptitude.

4 - Des dispositifs qui peinent à être justifiés par des écarts d'espérance de vie de leurs bénéficiaires

Dans les débats qui ont conduit à l'instauration des dispositifs récents de départs anticipés, la compensation d'écarts d'espérance de vie ou d'espérance de vie en bonne santé a souvent été mise en avant.

La plupart des dispositifs ne bénéficient pas d'une analyse documentée de l'espérance de vie de leurs bénéficiaires, du fait notamment de leur création récente qui ne permet pas de disposer des données nécessaires (pénibilité, par exemple).

Des données existent cependant pour deux dispositifs majeurs : les catégories actives de la fonction publique et les carrières longues.

Selon le service des retraites de l'État, l'écart d'espérance de vie à 60 ans n'est pas significatif en moyenne entre les catégories actives (26,7 ans en moyenne) et sédentaires (27,6 ans). Pour les femmes, l'espérance de vie à 60 ans est même supérieure pour les catégories actives (29,8 ans contre 29,1 ans pour les sédentaires), en raison probablement du caractère très féminisé du corps des instituteurs, dont la pénibilité n'est pas fondamentalement différente de celle du corps des professeurs des écoles, qui sont eux sédentaires. Les corps « en tenue » se distinguent toutefois par une espérance de vie à 60 ans inférieure de trois à quatre ans à celle des agents sédentaires (par exemple, 24,3 ans pour les policiers et 23,6 ans pour les surveillants pénitentiaires).

L'espérance de vie des bénéficiaires de départs anticipés pour carrière longue n'est pas plus faible que celle des autres assurés[297] : par exemple, les quotients de mortalité entre 60 et 68 ans des assurés de la génération 1948 (première génération à être partie au titre des carrières longues) différencient peu les assurés partis à la retraite dès l'âge légal d'ouverture des droits (hors inaptitude ou invalidité) de ceux partis au titre de la retraite anticipée pour carrière longue à 56 ans.

Certes, les analyses constatant, *a posteriori*, que des bénéficiaires de départs anticipé n'ont pas une espérance de vie moindre doivent être maniées avec précaution. En effet, elles ne traitent pas de l'espérance de vie en bonne santé et n'abordent pas non plus l'effet éventuel des départs anticipés sur l'espérance de vie de leurs bénéficiaires. Par ailleurs, des facteurs sociaux multiples contribuent aux écarts d'espérance de vie[298]. Il n'en reste pas moins qu'au regard des éléments d'analyse disponibles, les écarts d'espérance de vie ne fournissent pas de justification avérée au dispositif de départ anticipé à la retraite au titre des carrières longues, tout au moins pour les premières générations de retraités qui y ont recouru.

[297] Secrétariat général du COR, Les questions liées au dispositif de retraite anticipée pour carrière longue, document de travail n° 7, mars 2018.

[298] Notamment BAHU, Marlène, MERMILLIOD, Catherine, VOLKOFF, Serge, Conditions de travail pénibles au cours de la vie professionnelle et état de santé après 50 ans, *Revue française des affaires sociales* n° 4, 2012, p. 106-135.

C - Une part de plus en plus élevée des départs à la retraite du fait des carrières longues

Selon l'estimation de la Cour fondée sur l'observation du régime général des salariés du secteur privé et des régimes de fonctionnaires, les dispositifs de départ anticipé à la retraite entrant dans le champ de son enquête seraient aujourd'hui à l'origine de près d'un départ sur deux à la retraite, à comparer à un départ sur trois en 2012. Cette forte progression reflète le recours croissant aux carrières longues pour partir à la retraite, sous l'effet des extensions successives apportées au champ de ce dispositif.

1 - Des dispositifs de départ anticipé à l'origine de près d'un départ sur deux à la retraite

La Cour a examiné l'évolution des départs anticipés en retraite dans trois régimes de retraite couvrant à eux seuls 80 % des retraités : le régime général des salariés du secteur privé, le régime des fonctionnaires de l'État et le régime des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers (CNRACL).

Au régime général, la part des départs anticipés à la retraite entrant dans le champ de l'enquête de la Cour est passée de 24,4 % des départs en 2011 à 46,1 % en 2017. Dans les régimes de fonctionnaires, la part des départs anticipés est même devenue majoritaire au cours de la même période : elle a atteint 56,2 % des départs en 2017, contre 37,7 % en 2011.

Tableau n° 27 : nombre de départs anticipés à la retraite au régime général et dans les régimes de fonctionnaires en 2011 et en 2017

Dispositif	Régime général 2011	Régime général 2017	Var. en %	Fonctions publiques 2011[300]	Fonctions publiques 2017	Var. en %
Carrières longues	41 458	176 210	+325	3 575	30 276	+747
Inaptitude substituée ou non à l'invalidité	90 428	98 435	+8,9	8 864	9 249	+4,3
Catégories actives de la fonction publique	-	-	-	40 682	31 131	-23,5
Retraite progressive	944	9 535	+910	-	-	-
Incapacité permanente	1 026	3 572	+248	-	-	-
Handicap	1 045	3 252	+211	Inconnu	Inconnu	-
Pénibilité	-	800	-	-	-	-
Départs anticipés	134 901	291 804	+114	53 121	70 656	+33,0
Total des départs	553 115	632 626	+14,4	140 837	125 784	-10,7
En % du total des départs	**24,4 %**	**46,1 %**	**-**	**37,7 %**	**56,2 %**	**-**

Source : Cour des comptes, à partir de données de la CNAV, du SRE et de la CNRACL.

La part des départs anticipés dans l'ensemble des départs à la retraite varie selon les régimes. S'agissant du régime général, 27,8 % des assurés nés en 1950 étaient partis à la retraite fin 2016 au titre d'une pension de retraite pour inaptitude substituée ou non à une pension d'invalidité (6,4 % et 9,1 % respectivement) ou du dispositif des carrières longues (12,3 %).

Dans les régimes de fonctionnaires, la relative faiblesse de l'inaptitude et des départs anticipés pour carrière longue pour la génération 1950 des retraités est à relier à l'existence de deux dispositifs qui leur sont propres : les catégories actives et un dispositif en extinction, celui des départs anticipés pour parents de trois enfants ou plus, fermé par la réforme des retraites de 2010 depuis le 1er janvier 2012. Dans ces régimes, un

[300] Le nombre total de départs à la retraite en 2011 marque un point haut entre 2010 (124 000 départs) et 2012 (94 000 départs).

retraité sur trois de la génération 1950 - non concernée par l'extension des carrières longues depuis 2012 - remplissait les conditions nécessaires à un départ anticipé au titre de la catégorie active, sans forcément avoir exercé ce droit.

Tableau n° 28 : motifs des départs à la retraite pour les retraités des fonctions publiques nés en 1950, à fin 2016

	État	CNRACL
Reconnaissance préalable d'une invalidité	5,3 %	8,2 %
Attribution d'une pension pour retraite, par motif :	94,7 %	91,8 %
Ancienneté, dont :	82,0 %	85,1 %
Catégories actives	*32,6 %*	*28,7 %*
Sédentaires	*49,4 %*	*56,4 %*
Carrière longue	1,8 %	1,3 %
Motif familial	10,7 %	5,3 %
Handicap	0,2 %	0,1 %

Champ : retraités au 31 décembre 2016, nés en 1950 et ayant au moins un droit direct dans un régime de base de sécurité sociale.
Source : DREES, Enquête annuelle auprès des caisses de retraite 2016.

S'agissant de la CNRACL la part des départs anticipés dans le total des départs à la retraite a cependant fortement augmenté au cours des dernières années. Ainsi, plus de 70 % des hommes et environ 55 % des femmes sont partis à la retraite en 2017 dans le cadre d'un dispositif permettant de déroger à l'âge légal d'ouverture des droits, dont la moitié au titre des carrières longues pour les hommes et un cinquième pour les femmes[301]. En définitive, à la CNRACL, les départs anticipés ne constituent plus au plan statistique une modalité dérogatoire de départ à la retraite, mais la modalité principale.

L'importance des flux de départs anticipés à la retraite contribue à un taux d'activité plus faible de la classe d'âge des 55-64 ans en France que dans la moyenne des autres pays de l'Union européenne.

[301] Du fait de la structure des emplois et des carrières dans les fonctions publiques territoriale et hospitalière, notamment le nombre élevé d'agents de catégorie C de la filière technique dans la fonction publique territoriale et d'agents relevant de la catégorie active dans la fonction publique hospitalière.

Activité des seniors en France et dans l'Union européenne

Comparée aux autres pays européens, la France se caractérise par la relative faiblesse du taux d'activité des 55-64 ans, de 55 % en 2017, contre 61 % en moyenne dans l'Union européenne[302]. Cet écart s'explique principalement par le taux d'activité réduit des 60-64 ans, de 31 %, soit plus de 10 points de moins que la moyenne de l'Union (42 %).

2 - Une hausse du nombre de bénéficiaires essentiellement liée au dispositif des carrières longues

Comme le montrent les données précédentes, l'augmentation depuis 2012 de la part des départs anticipés dans le total des départs à la retraite, au régime général et dans les régimes de fonctionnaires reflète pour l'essentiel la croissance du flux des départs anticipés pour carrière longue. Par ailleurs, l'augmentation significative des départs pour inaptitude recouvre des évolutions différenciées entre l'inaptitude substituée à l'invalidité et l'inaptitude nouvellement reconnue. Enfin, la diminution du flux des départs anticipés au titre d'une catégorie active résulte notamment de la réduction du périmètre des catégories actives de la fonction publique.

a) Une multiplication par six des départs anticipés pour carrière longue à la suite des réformes de 2012 et 2014

L'instauration du dispositif des carrières longues en 2003, puis les évolutions qui lui ont été apportées ont joué un rôle prépondérant dans l'augmentation de la part des départs anticipés dans le total des départs à la retraite. Les autres dispositifs créés ou fortement amendés depuis 15 ans (incapacité permanente, RATH, retraite progressive, C2P) sont dynamiques, mais ne représentent qu'une part réduite des départs.

Les aménagements apportés au dispositif des carrières longues dans le cadre de la réforme de 2010 puis, surtout, par le décret du 2 juillet 2012 - notamment la réduction de deux années de la durée d'assurance nécessaire - ont entraîné une forte hausse du nombre des départs à ce titre au régime général, soit plus de 144 000 dès 2013, qui a ainsi dépassé les niveaux antérieurs à 2009 (moins de 30 000 départs), année marquée par

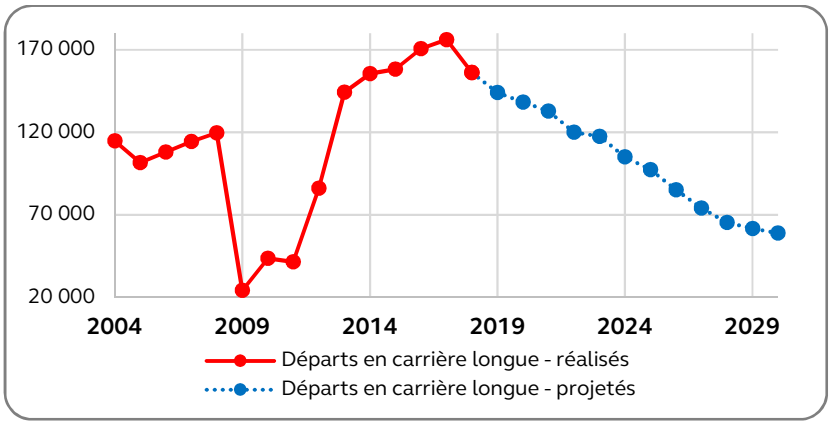
[302] COR, L'activité des seniors et les transitions emploi-retraite à l'étranger, document de travail n° 12, novembre 2018.

un resserrement des possibilités d'accès aux carrières longues[303]. Depuis lors, la hausse du nombre de départs anticipés s'est poursuivie jusqu'en 2017 compris, en culminant cette même année à plus de 176 000 départs.

Dans la fonction publique, l'existence des catégories actives réduit mécaniquement la population de fonctionnaires éligibles à une retraite anticipée pour carrière longue. Pour autant, plus de 30 000 départs pour carrière longue sont intervenus en 2017, soit huit fois plus qu'en 2011.

Le flux de départs anticipés à la retraite pour carrière longue a atteint un point haut en 2017. L'augmentation progressive de la durée d'assurance nécessaire pour bénéficier du taux plein en application de la réforme des retraites de 2014 (43 ans à partir de la génération née en 1973) et les entrées plus tardives sur le marché du travail entraînent depuis 2018 une réduction du nombre de départs anticipés au titre de ce dispositif. Cette réduction a néanmoins un caractère très progressif. Selon les projections de la CNAV, c'est seulement au milieu des années 2030 que les départs anticipés au titre d'une carrière longue reviendraient à leur niveau de 2009.

Graphique n° 14 : flux de départs anticipés au titre d'une carrière longue au régime général (2004-2030)



Source : CNAV.

[303] Le relèvement de la durée de cotisation nécessaire pour une retraite à taux plein à partir de 2009, l'arrivée de générations ayant commencé à travailler après 16 ans (scolarité obligatoire jusqu'à cet âge à partir de la génération 1953) et le resserrement tardif des justificatifs à produire à l'appui de demandes de régularisation de cotisations arriérées qui permettaient à de nombreux assurés de bénéficier du dispositif de retraite anticipée ont entraîné une chute – de 80 % – des entrées dans ce dispositif en 2009.

b) Des évolutions contrastées du nombre global de pensions pour inaptitude au régime général

Après avoir reculé de 50 000 à 30 000 entre 2010 et 2012 à la suite du relèvement de l'âge légal de départ par la réforme de 2010, le nombre de pensions pour inaptitude substituées à une pension d'invalidité est remonté pour dépasser 50 000 en 2017. La hausse propre à 2017 reflète pour partie la mise en œuvre de la LURA[304], qui a concentré la liquidation de ces pensions sur le régime général au détriment des autres régimes alignés (salariés du régime agricole, artisans et commerçants).

Pour sa part, le nombre de pensions de retraite attribuées au titre de l'inaptitude au travail sans substitution à une pension d'invalidité a chuté de 70 000 à 80 000 par an avant 2011 à 40 000 à 50 000 depuis lors. Contrairement à celui des pensions substituées à des pensions d'invalidité, le flux des départs n'est pas revenu à son niveau antérieur passé l'effet conjoncturel du relèvement de l'âge légal de départ à la retraite. La CNAV et la CNAM ne disposent pas d'éléments précis d'analyse de son évolution.

c) Une réduction progressive du champ des catégories actives[305]

Depuis le début des années 2000, des modifications statutaires ont réduit le champ des catégories actives de la fonction publique. Les plus significatives ont concerné les instituteurs, les infirmiers et diverses professions paramédicales ainsi que les agents de La Poste. Néanmoins, le nombre de fonctionnaires classés en catégorie active diminue lentement.

Tableau n° 29 : effectifs de fonctionnaires classés en catégorie active (2011-2015)

	2011	2012	2013	2014	2015
État	164 810	161 652	156 296	153 731	163 259
Coll. territoriales	54 335	54 349	55 086	56 158	57 722
Hôpitaux	506 723	498 779	498 469	496 698	473 583
Total	725 839	714 780	709 851	706 587	694 564
Variation annuelle		**-1,5 %**	**-0,7 %**	**-0,5 %**	**-1,7 %**

Source : Rapport sur les pensions de retraite de la fonction publique, PLF 2018.

[304] La loi du 20 janvier 2014 a prévu, pour les retraites prenant effet à compter du 1er juillet 2017 et pour les retraités ayant été affiliés à au moins deux régimes alignés (régime général, sécurité sociale des indépendants ou régime des salariés agricoles), un calcul et un paiement unique de la retraite de base par un seul des régimes concernés : la LURA (liquidation unique des régimes alignés).

[305] Sauf mention contraire, les données sont extraites du rapport sur les pensions de retraite de la fonction publique annexé au PLF 2019, données fin 2017.

Dans les fonctions publiques hospitalière et de l'État, la part des départs à la retraite liés à un classement en catégorie active a baissé entre 2004 et 2017 (de 69 % à 56 % et de 37 % à 24 %). Cette tendance est appelée à se poursuivre sous l'effet des reclassements en cours de carrière et d'entrées plus tardives dans la vie active, qui limitent le nombre d'agents susceptibles d'avoir travaillé 17 années en catégorie active[306].

Néanmoins, les départs anticipés au titre des catégories actives vont continuer à représenter un flux important au cours des années à venir. C'est seulement à partir de 2030 qu'ils connaîtraient une baisse sensible.

II - Des dispositifs à reconsidérer au vu de leur impact sur la situation financière des régimes de retraite

Les dispositifs de départ anticipé à la retraite, notamment les carrières longues, réduisent les effets de l'augmentation de l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite et de la durée d'assurance requise pour le taux plein sur l'âge effectif de départ. En faisant débuter plus tôt les retraites, ils conduisent à augmenter les dépenses de prestations de retraite. Compte tenu de la place prise par les principaux dispositifs, ne plus en assouplir les conditions d'accès, voire les resserrer, s'impose comme un levier essentiel de maîtrise des dépenses de prestations de retraite.

A - Un moindre relèvement de l'âge effectif de départ à la retraite

Les réformes des retraites intervenues depuis 2003 ont visé à relever l'âge moyen de départ à la retraite. Toutefois, l'accroissement des départs anticipés au titre des carrières longues a amoindri l'augmentation qui aurait résulté, toutes choses égales par ailleurs, du relèvement de l'âge légal et de l'allongement de la durée d'assurance requise pour le taux plein.

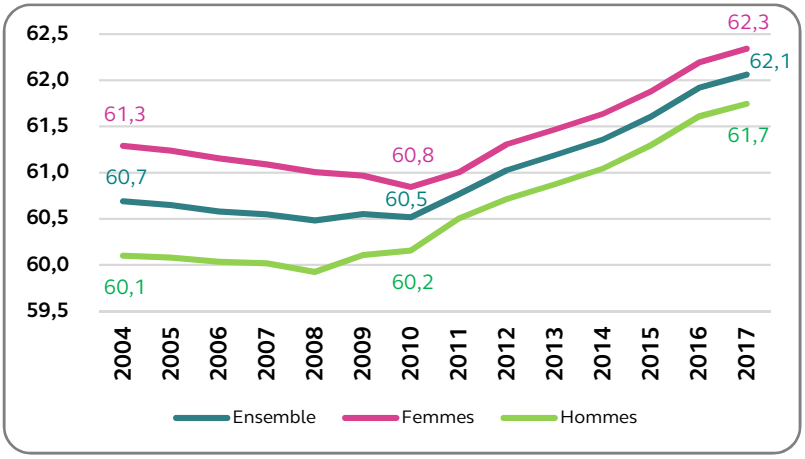
[306] HENRY, M., SOULAT, L., Les fonctionnaires relevant de la catégorie active, une population en baisse, *Questions retraite et solidarité*, n° 21, 2018.

1 - Une baisse, suivie d'une progression ralentie de l'âge moyen de départ de l'ensemble des nouveaux retraités…

Entre 2004 et 2010, l'objectif de relèvement de l'âge moyen de départ à la retraite poursuivi par la réforme des retraites de 2003 n'a pas été atteint. En effet, l'âge conjoncturel de départ à la retraite[307] a baissé de deux mois, de 60,7 à 60,5 ans. Si l'amélioration tendancielle des carrières des femmes qui leur permet d'atteindre plus fréquemment la durée requise pour un départ au taux plein a contribué à cette évolution, l'instauration du dispositif des carrières longues en constitue le principal facteur explicatif.

Entre 2010 et 2017, l'âge conjoncturel de départ à la retraite a en revanche augmenté de manière continue de 1,6 année au total, atteignant 62,1 ans en 2017. À titre principal, cette évolution traduit l'incidence de la réforme de 2010 qui a relevé progressivement de 60 à 62 ans l'âge légal de départ à la retraite et, parallèlement, de 65 à 67 ans l'âge d'annulation de la décote (âge du départ à taux plein lorsque la durée d'assurance n'est pas satisfaite).

Graphique n° 15 : âge conjoncturel de départ à la retraite (2004-2016)



Champ : assurés résidant en France et ayant liquidé un droit à retraite, tous régimes de retraite confondus
Sources : DREES, EIR, EACR et modèle ANCETRE ; Insee, bilan démographique 2016

[307] Cet âge est défini comme 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. Il présente l'avantage, par rapport à l'indicateur habituellement utilisé d'âge moyen des nouveaux retraités, d'être plus robuste notamment lorsqu'un changement de législation intervient.

La hausse générale de l'âge conjoncturel de départ à la retraite depuis 2010 s'est toutefois accompagnée de celle de la part des retraités au sein de chaque classe d'âge précédant l'âge d'ouverture des droits entre 2010 - avec un âge d'ouverture des droits à 60 ans - et 2017 - avec un âge d'ouverture des droits de 62 ans pour la génération 1955.

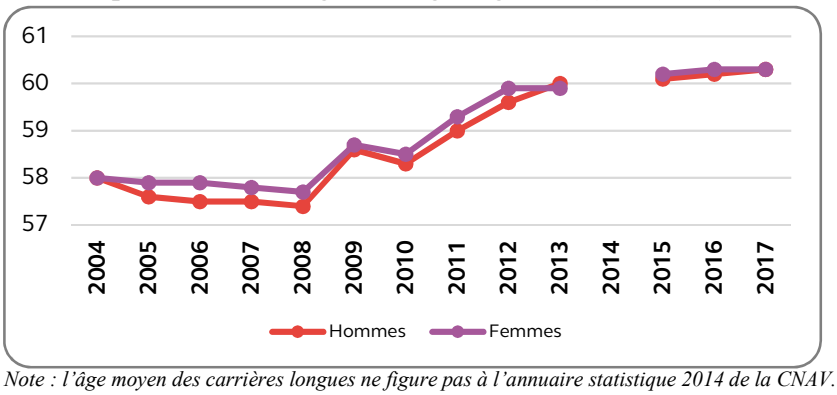
Fin 2010, une personne sur cinq était retraitée un an avant l'âge d'ouverture des droits alors fixé à 60 ans. Fin 2017, sous le double effet de l'augmentation de l'âge d'ouverture des droits et de l'extension des carrières longues, c'est une personne sur trois qui était retraitée un an avant ce même âge, porté à 62 ans. Les dispositifs de départ anticipé à la retraite ont ainsi fortement minoré les effets de l'augmentation de l'âge légal de départ à la retraite décidée dans le cadre de la réforme de 2010.

2 - … qui s'accompagne d'une réduction de l'avantage individuel que procure en moyenne un départ anticipé

L'avantage individuel que retirent les bénéficiaires d'un départ anticipé à la retraite s'est réduit. En effet, leur âge moyen de départ a augmenté plus vite que celui des autres assurés.

Sous l'effet du resserrement des conditions du recours à ce dispositif en 2009, puis de l'extension de ce dernier à des assurés proches de l'âge légal de départ à la retraite en 2010 et en 2012, l'âge moyen de départ des assurés du régime général recourant au titre des carrières longues est ainsi passé de 57,5 ans en 2008 à 60,3 ans en 2017 (+2,8 années en moyenne).

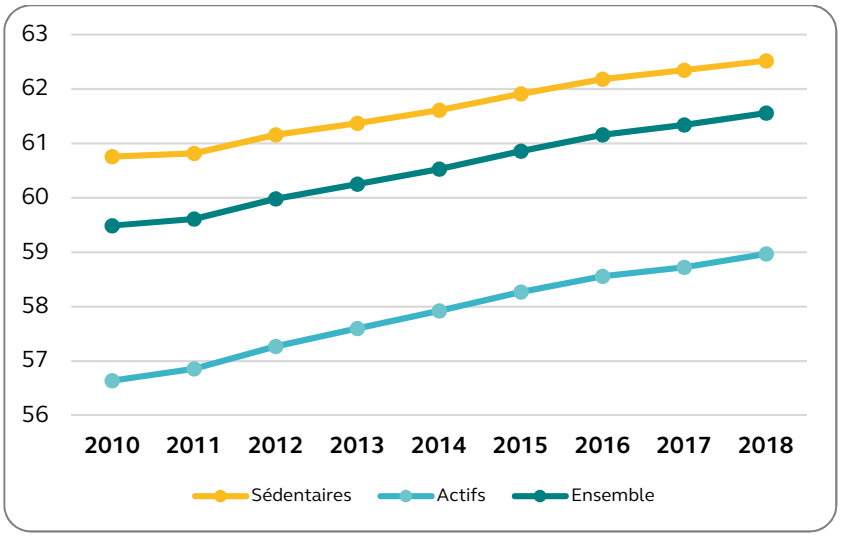
Graphique n° 16 : évolution de l'âge moyen des départs anticipés pour carrière longue au régime général (2004-2017)



Note : l'âge moyen des carrières longues ne figure pas à l'annuaire statistique 2014 de la CNAV.
Source : Cour des comptes, à partir de données de la CNAV.

Cet âge moyen a également augmenté pour les catégories actives où certains corps (policiers, douaniers) partent à la retraite en moyenne à un âge proche de leur limite d'âge. Cette augmentation a été plus forte que pour les catégories sédentaires. Ce constat va de pair avec un nombre important de reports de limite d'âge[308]. En 2017, 55 % des policiers et 48 % des surveillants de la pénitentiaire sont partis à la retraite suite à un report de limite d'âge. Par ailleurs, il peut être observé que les durées de service sont en moyenne plus longues pour les catégories actives que pour les catégories sédentaires[309].

Graphique n° 17 : évolution de l'âge conjoncturel de départ à la retraite des fonctionnaires de l'État (2010-2018)



Source : SRE.

[308] Il s'agit des possibilités de prolongation d'activité au-delà de la limite d'âge statutaire (âge légal + 5 ans) du fait d'enfants à charge ou en cas de parentalité d'au moins trois enfants. Les catégories actives peuvent par ailleurs solliciter une prolongation d'activité, sous condition d'aptitude physique, pour poursuivre leur activité jusqu'à la limite d'âge des fonctionnaires sédentaires, soit 67 ans.

[309] 157,1 trimestres contre 147,9, y compris bonifications de durée de service (rapport sur les pensions de retraite de la fonction publique, PLF 2019).

Pour l'incapacité permanente et la RATH, dispositifs pour lesquels un départ anticipé à la retraite est demeuré possible respectivement à 60 et à 55 ans, l'âge de départ moyen a lui aussi augmenté, respectivement de 5 mois depuis 2011 et d'un an depuis 2008.

Par ailleurs, pour les salariés partis à la retraite avant l'âge légal, l'attribution du taux plein ne compense qu'en partie les effets d'une carrière moins favorable que celle de la moyenne des assurés ayant effectué une carrière complète, malgré la validation de périodes assimilées à des périodes cotisées[310].

Ainsi, si les bénéficiaires des carrières longues, de l'inaptitude au cas des invalides et de l'incapacité permanente ont en moyenne une pension plus élevée que celle de l'ensemble des assurés, elle est moins élevée que celle des pensionnés du régime général ayant une carrière complète. Parmi les bénéficiaires de départs anticipés, les écarts de pension moyenne entre les ressortissants des différents dispositifs sont au moins aussi importants qu'entre bénéficiaires et non-bénéficiaires, notamment entre les inaptes anciens invalides et les autres inaptes, dont la carrière comporte moins de périodes cotisées ou assimilées.

Tableau n° 30 : Montant mensuel moyen de la pension de base par dispositif de départ anticipé au régime général en 2017 (en €/mois)

Pension moyenne de l'ensemble des assurés		714
Pension moyenne de l'ensemble des assurés ayant une carrière complète		1 102
Dispositifs de départ anticipé		
Pénibilité		Inconnu
Handicap		694*
Inaptitude	Ex-invalides	828
	Autres	516
Incapacité permanente		790
Retraite progressive		Sans objet
Carrières longues		962

** moyenne assurés et travailleurs handicapés.*
Source : synthèse Cour des comptes à partir de données de la CNAV, référentiel statistique, 2018, données au 31 décembre 2017.

[310] Les durées de carrière assez longues des inaptes ex-invalides (160 trimestres, contre 120 pour les inaptes non-invalides) résultent pour partie de l'assimilation des périodes d'indemnisation de l'invalidité à des périodes cotisées. De même, la carrière des bénéficiaires de départs anticipés pour incapacité permanente comprend en moyenne un nombre élevé de périodes validées au titre d'arrêts de travail pour maladie ou accident du travail ou maladie professionnelle (90 % des hommes et 93 % des femmes ont validé au moins un trimestre à ce titre), ou de chômage (plus de 40 % des bénéficiaires ont connu une période de chômage dans les cinq années précédant leur départ à la retraite).

B - Un important montant de dépenses supplémentaires

Compte tenu de leur dynamique, les départs anticipés à la retraite sont à l'origine d'un important montant de dépenses supplémentaires. Ce dernier représente désormais une part significative des dépenses de prestations de retraite prises dans leur ensemble.

Un coût complet incertain des départs anticipés

Les dépenses supplémentaires de prestations liées aux dispositifs de départ anticipé à la retraite peuvent être estimées par les sommes versées à leurs bénéficiaires entre la date à laquelle ils sont partis à la retraite et celle à laquelle ils seraient partis à défaut de possibilités de départ anticipé[311], qui est supposée être l'âge légal de départ à la retraite à taux plein.

En revanche, la Cour n'a pu apprécier le coût global des départs anticipés à la retraite. En effet, les données font défaut pour apprécier les cotisations supplémentaires qu'auraient permis des carrières plus longues (qui majorent le coût des départs anticipés), les prestations sociales auxquelles les assurés concernés auraient pu recourir du fait de leur état de santé[312] ou d'une exclusion de l'emploi s'ils étaient restés en activité[313] (qui minorent les dépenses) et le report de nouveaux salaires à leur compte de carrière (ce dernier élément étant susceptible de jouer dans un sens variable en fonction du profil des carrières des assurés concernés).

1 - Une incidence marquée des départs anticipés sur la dynamique globale des dépenses de retraite

La progression la plus forte concerne les carrières longues, pour lesquelles les prestations ont été multipliées par 3,7 en 4 ans, pour atteindre 6,1 Md€ en 2016. 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€).

[311] Pour les catégories actives de la fonction publique, dans l'hypothèse où ils n'auraient pas bénéficié de bonifications de durée de service, ni de majorations de durée d'assurance.
[312] Indemnités journalières et pensions d'invalidité, voir chapitres III et IV du présent rapport, ou AAH.
[313] Allocations chômage et RSA.

D'autres dispositifs de bien moindre envergure, également agrégés dans les données de la DREES, connaissent par ailleurs une dynamique marquée sur le plan financier : pensions versées au titre d'une retraite progressive (77,5 M€ en 2017 contre 12,5 M€ en 2012 pour le seul régime général), retraite anticipée des travailleurs handicapés (75 M€ de prestations versées par le régime général en 2017 contre 57 M€ en 2015) et incapacité permanente (66 M€ en 2017 contre 39 M€ en 2014)[314].

Les dépenses de prestations de retraite au titre des catégories actives de la fonction publique représentent quant à elles encore 3,3 Md€ en 2016. Depuis 2012, elles ont augmenté sous l'effet notamment des effets calendaires du décalage différé de l'âge d'ouverture des droits à la retraite (près de sept ans en 2016[315] contre cinq en 2012).

2 - Une place croissante des départs anticipés dans l'ensemble des dépenses de retraite

En 2016, selon la DREES[316], les dispositifs de départ anticipé entrant dans le champ de l'enquête de la Cour représentaient 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) et près d'un quart des dépenses de prestations relevant d'un dispositif de solidarité (contre un sixième en 2012).

[314] Données comptables des régimes pour les années considérées.
[315] En 2012, cinq ans d'écart entre l'âge d'ouverture de droit commun (60 ans) et celui propre aux catégories actives (55 ans) ; en 2016, pour les assurés nés en 1955, sept ans d'écart entre l'âge d'ouverture de droit commun (62 ans) et celui des catégories actives (maintenu à 55 ans).
[316] Sur la base de son échantillon inter-régimes.

Tableau n° 31 : part des départs anticipés dans les dépenses de pension de retraite de droit propre en 2016 (en Md€)

	Hommes	Femmes	Total
Départs anticipés liés à la catégorie	1,3	1,6	2,8
Carrières longues	4,2	1,9	6,1
Majorations autres que MDA	2,1	0,4	2,5
Liquidation au taux plein pour inaptitude	0,8	0,9	1,7
Départ au titre d'un autre motif (handicap, incapacité permanente pénibilité et amiante)	0,6	0,3	0,8
Total des dispositifs de départ anticipé entrant dans l'enquête de la Cour	**8,9**	**5,0**	**13,9**
Montant des droits propres (y compris majorations)	161,2	107,5	268,7
Soit en % des droits propres	***5,5 %***	***4,6 %***	***5,2 %***
Total dispositifs de solidarité de droit propre (DREES)	27,7	29,3	57,4
Soit en % des dispositifs de solidarité de droit propre	**31,8 %**	**17,0 %**	**24,2 %**

Note : prestations versées par les régimes de base et complémentaires avant l'âge légal d'ouverture des droits de droit commun (variable selon les générations mais fixé à 62 ans pour les générations nées à partir de 1955) aux assurés ayant liquidé leur pension au titre de ce ces dispositifs. Hors militaires et régimes spéciaux.
Source : Cour des comptes, à partir de données de la DREES et de l'EIR 2016.

À la différence des autres dispositifs de solidarité, les départs anticipés concernent plutôt les hommes, tout particulièrement depuis les dernières réformes (création des carrières longues et des retraites liées à la pénibilité du travail ; incidence du retrait des catégories actives de professions très féminisées – instituteurs, infirmiers et diverses professions paramédicales).

Les femmes sont majoritaires dans les dispositifs dont le bénéfice se réalise plus tardivement, que ce soit l'inaptitude (hors invalidité) qui ne permet pas un départ avant l'âge légal (58 % en moyenne pour le régime général et les régimes de fonctionnaires en 2017), ou la retraite progressive, qui n'est pas une sortie définitive de l'emploi et concerne des personnes travaillant à temps partiel (69 %). À l'inverse, la part prépondérante des hommes parmi les carrières longues (76 %) s'explique par la réunion plus fréquente par ces derniers des conditions d'accès à ce dispositif.

C - Des perspectives financières à consolider

Les dépenses de retraite des régimes de base de sécurité sociale et des régimes complémentaires gérés par les partenaires sociaux représentent une masse financière proche de 14 % du PIB. Leur maîtrise requiert celle des flux de départs anticipés à la retraite.

1 - Stabiliser les conditions des départs anticipés à la retraite au titre des carrières longues

Le nombre de départs anticipés à la retraite au titre des carrières longues est appelé à se réduire de manière lente mais continue (voir graphique n° 14 *supra*), sous l'effet de l'augmentation progressive de la durée d'assurance nécessaire pour bénéficier du taux plein en application de la réforme des retraites de 2014 et d'entrées plus tardives sur le marché du travail. L'année 2018 marque la première étape de ce recul (au régime général, 156 131 départs contre 176 210 en 2017).

Il est essentiel que cette évolution se concrétise pleinement. À cette fin, les conditions de départ anticipé au titre d'une carrière longue, à défaut d'être resserrées, devraient être stabilisées.

2 - Privilégier les départs progressifs à la retraite

La part élevée des départs anticipés dans le flux des départs à la retraite ne fait pas pour autant du système de retraite un système « flexible ». Hormis la retraite progressive et le C2P, qui s'appliquent aux seuls salariés, les assurés doivent effectuer un choix abrupt entre partir à la retraite ou rester en activité. Ce maintien en activité peut se traduire, dans certains cas, par des arrêts de travail de longue durée indemnisés[317].

Avec moins de 10 000 départs à la retraite en 2017, le dispositif de la retraite progressive demeure modeste. Il est probablement encore peu connu des salariés et des employeurs. À cet égard, les outils de simulation de la retraite devraient être adaptés afin de permettre aux salariés en activité de comparer les scénarios de sortie « sèche » ou progressive de l'emploi.

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, telle qu'elle résulte notamment des carrières longues.

Cumul d'une activité professionnelle et d'une pension de retraite en France et à l'étranger

La part des 55-69 ans cumulant une activité professionnelle et une pension de retraite, de 4,1 % en France en 2012, est inférieure à la moyenne de l'Union européenne, de 6,2 % et très en deçà des niveaux atteints par les pays dans lesquels ce cumul est le plus développé, tels que la Suède (17 %).

[317] Voir chapitre III du présent rapport.

À cet égard, si l'on exclut les systèmes de retraite à cotisations définies, onze pays de l'OCDE permettaient en 2016 le cumul d'une pension de retraite anticipée avec une activité professionnelle. Cette possibilité est généralement soumise à une condition de rémunération, de sorte que le montant de la pension de retraite anticipée diminue lorsque le salaire augmente. Cependant, le dispositif français de retraite progressive est le seul à imposer une durée de travail maximale[318].

3 - Réexaminer les catégories actives de la fonction publique

S'agissant des départs anticipés à la retraite au titre de ce dispositif, la Cour a relevé[319] une incertitude quant au nombre de fonctionnaires relevant d'une catégorie active (estimé à 700 000 environ), un défaut d'actualisation de la liste des emplois concernés, des situations juridiquement incertaines propices à des contentieux (s'agissant des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers), ainsi que des facteurs d'inéquité entre les situations respectives des fonctionnaires et des salariés exerçant des fonctions identiques. À titre d'illustration, les aides-soignantes des établissements de santé privés ne bénéficient pas de possibilités de départ anticipé au titre d'une catégorie active.

Dans ces conditions, il conviendrait de poursuivre le réexamen du périmètre des métiers relevant des catégories actives[320] et, au sein de ces métiers, des fonctions exercées justifiant le bénéfice de ces avantages. 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[321] et les personnels infirmiers et diverses professions paramédicales en 2010[322].

[318] OCDE, Retraites flexibles dans les pays de l'OCDE, *Panorama des pensions 2017*, 2017.

[319] Cour des comptes, *Rapport public thématique,* Les pensions de retraite des fonctionnaires, La Documentation française, octobre 2016, 197 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

[320] Réalisé par exemple en 2018 et 2019 pour les assistants éducatifs de la fonction publique hospitalière et les éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse, en contrepartie de leur classement en catégorie A.

[321] Avec la création du corps des professeurs des écoles, de catégorie A.

[322] Les infirmiers et autres professionnels paramédicaux recrutés avant 2010 ont bénéficié d'un droit d'option lors de cette réforme : soit le maintien en catégorie B et en catégorie active, soit le passage en catégorie A avec perte de la catégorie active.

4 - Agir sur les facteurs de pénibilité du travail

Comme la Cour le soulignait dans son rapport de 2016 sur les retraites des fonctionnaires, l'absence de cotisations supplémentaires pour financer le droit au départ anticipé[323] n'incite pas les employeurs publics à limiter, lorsque cela est possible, le nombre des emplois en catégorie active.

Parmi ceux examinés par la Cour, seuls deux dispositifs de départ anticipé à la retraite sont financés par des ressources qui leur sont spécifiquement affectées. L'incapacité permanente et la pénibilité (C2P) sont financées par une contribution de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) à la branche vieillesse du régime général (68 M€ en 2018).

Le fait que les principaux dispositifs de départ anticipé à la retraite soient au contraire financés par la solidarité interne à chaque régime ne responsabilise pas suffisamment les employeurs.

De surcroît, si le C2P demeure financé par des ressources spécifiques, celles-ci ne sont plus modulées par secteur d'activité ou par employeur. L'ordonnance du 22 septembre 2017 relative à la prévention et à la prise en compte de l'exposition à certains facteurs professionnels et au compte professionnel de prévention a en effet réformé le mode de financement du C2P en le faisant supporter par la branche AT-MP, dans le cadre national interprofessionnel, par une majoration (M4) du taux brut de cotisation, uniforme pour tous les employeurs (au taux de 0,04 % en 2019). La suppression parallèle des cotisations employeurs (de base et additionnelle) a remis en cause le principe d'une taxation différenciée entre les entreprises ayant des emplois pénibles et les autres[324]. Le financement de la pénibilité devrait être revu afin d'intégrer un mécanisme incitatif à une meilleure prévention de la pénibilité au travail.

[323] Hormis la prise en compte de certaines primes dans la pension et le cas spécifique des militaires avec un taux de contribution au CAS « Pensions » majoré.

[324] Pour effectuer sa déclaration et déterminer l'exposition des salariés aux risques, l'employeur peut utiliser les postes (ou métiers) définis par un accord collectif de branche étendu ou par un référentiel professionnel de branche homologué par arrêté ministériel. Dans une certaine mesure, les branches professionnelles ont ainsi reçu compétence pour préciser le périmètre d'une partie des droits à la retraite.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Sous l'effet notamment de la dynamique des carrières longues, les départs à la retraite à taux plein avant l'âge légal d'ouverture des droits ou sans que la condition de durée d'assurance soit remplie ont représenté près d'un départ à la retraite sur deux en 2017.

De fait, chaque réforme depuis 2003 visant à augmenter l'âge effectif de départ à la retraite s'est accompagnée de la création ou de l'extension de dispositifs de départ anticipé. Leur mise en œuvre a tout à la fois facilité l'acceptation et retardé la réalisation de l'objectif de report de l'âge effectif de départ à la retraite.

L'absence de réflexion d'ensemble a pu conduire à une superposition de dispositifs, de portée et de nature différentes, manquant de cohérence et de flexibilité pour répondre aux besoins des assurés concernés. Sauf exception, leur financement n'est pas identifié et leurs bénéficiaires et coûts sont insuffisamment suivis. Leur poids financier, soit près de 14 Md€ de dépenses supplémentaires en 2016, pèse sur la soutenabilité du système de retraite. Tel est particulièrement le cas des carrières longues, dont les dépenses ont vivement progressé depuis 2012 et ont commencé à se replier seulement depuis l'année dernière.

La réforme annoncée visant à instaurer un système de retraite universel fournit l'occasion de réexaminer ces dispositifs en vue d'une éventuelle transposition, sachant que celle-ci devra nécessairement prendre en compte d'autres dimensions ou objectifs : la situation du marché du travail ; la prise en compte du vieillissement de la société dans le cadre de la gestion des ressources humaines des entreprises et administrations ; le rôle des revenus de remplacement liés à l'état de santé versés par l'assurance maladie, qui augmentent avec l'âge.

L'éventuelle transposition des dispositifs de départ anticipé dans le cadre d'une future réforme des retraites devrait privilégier des modalités de transition progressive vers la retraite aux départs anticipés mettant un terme définitif à l'activité, afin de mettre fin à l'alternative « retraite ou activité » imposée de facto *aux bénéficiaires de ces dispositifs.*

Dans le cadre des évolutions futures du système de retraite, la Cour propose ainsi les leviers d'action suivants des dispositifs de départ anticipé à la 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).*

Par ailleurs, la Cour formule les recommandations suivantes :

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).*

Troisième partie

Améliorer l'efficience de notre système de santé

PRÉSENTATION

En 2018[325], la consommation de soins et de biens médicaux en France s'est élevée à 203,5 Md€, soit 3 034 euros par habitant en moyenne et 8,6 % du PIB. L'assurance maladie obligatoire de base a pris en charge 78,1 % des dépenses (contre 76,3 % en 2010). Cette part augmente de manière tendancielle sous l'effet du vieillissement de la population et de l'extension des affections de longue durée prises en charge à 100 % par l'assurance maladie, tout en recouvrant des écarts sensibles en fonction de la nature des soins et des assurés. En dehors de la couverture maladie universelle complémentaire destinée aux ménages à faibles revenus, le solde des dépenses est financé par les assurés, directement (restes à charge) ou, de manière croissante, par l'intermédiaire de contrats d'assurance maladie complémentaire privés, cofinancés par leur employeur avec le concours d'aides fiscales et sociales s'ils sont salariés.

Si des niveaux élevés de reste à charge ou de coût des assurances privées sont à relever pour certains assurés ou soins, l'assurance maladie de base, les assurances complémentaires et la CMU-C mutualisent le financement des dépenses de santé à un niveau sans équivalent dans la plupart des autres pays européens[326]. En moyenne, seules 7 % des dépenses restaient à la charge directe des ménages en 2017 (9 % en 2010).

Dans ses rapports annuels sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour examine l'évolution des dépenses d'assurance maladie[327], ainsi que certaines composantes du système de santé dont l'assurance maladie solvabilise l'accès pour nos concitoyens. Elle les choisit en fonction d'enjeux propres ou transversaux : la soutenabilité des dépenses ; la prise en compte des considérations d'accès, de qualité et de sécurité des soins ainsi que d'efficience des dépenses dans l'organisation et le financement de ces derniers ; le rôle et la coordination des acteurs du système de santé ; la place de la prévention.

Dans le cadre du présent rapport, la Cour analyse quatre domaines, importants à plusieurs égards, qui illustrent ces enjeux.

---

[325] DREES, *Les dépenses de santé en 2018*, édition 2019.

[326] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018*, Chapitre IV Dix ans d'évolution des systèmes de soins et de prise en charge des dépenses de santé en Europe : de profonds changements, des enseignements pour des réformes du système de soins en France, p. 131-168, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

[327] Voir chapitre I du présent rapport.

Dans un premier chapitre, la Cour examine les dépenses de transport des secteurs sanitaire (5 Md€ en 2017) et médico-social (plus de 1 Md€). Alors que les dépenses du secteur sanitaire, financées à plus de 90 % par l'assurance maladie, sont très dynamiques, les leviers de régulation disponibles sont sous-utilisés devant notamment l'opposition des professionnels du transport. Avec d'autres mesures visant à agir sur l'offre et la demande de transport, la Cour appelle à intégrer au budget des établissements de santé l'ensemble des dépenses qu'ils prescrivent, comme c'est déjà le cas pour la plupart des établissements médico-sociaux.

Un second chapitre est consacré à une activité largement méconnue des hôpitaux publics et privés non lucratifs : les actes et consultations externes. Les dépenses d'assurance maladie correspondantes (4,2 Md€ en 2017) sont très dynamiques. Malgré certains progrès, les hôpitaux s'impliquent encore insuffisamment dans la gestion de leur activité externe, pourtant déficitaire dans le cas général. Le ministère de la santé doit se saisir de l'enjeu d'une complémentarité accrue de l'offre de soins médicaux à l'hôpital avec celle de ville.

Les transplantations d'organes (au nombre de 5 781 en 2018) assurent la survie de patients de plus en plus nombreux et fournissent la réponse la mieux adaptée aux besoins des patients comme la moins coûteuse au stade le plus avancé de l'insuffisance rénale. Dans un troisième chapitre, la Cour montre que si la France est bien placée au niveau mondial en termes de nombre de greffes effectuées, la chaîne des prélèvements et des greffes d'organes présente à plusieurs endroits des fragilités auxquelles il doit être remédié.

Dans un quatrième et dernier chapitre, la Cour se penche sur la procréation médicalement assistée, assurée par des établissements publics et privés et des gynécologues de ville. La PMA permet à un nombre croissant de couples de réaliser leur projet de conception (25 614 naissances en 2017). Cependant, la France ne se situe que dans la moyenne européenne quant à la fréquence des naissances par tentative de procréation et de plus en plus de couples se tournent vers l'étranger. Comme les autres domaines du soin, la PMA présente des enjeux d'efficience. Ils doivent être mieux reconnus.

La Cour émet plusieurs recommandations visant à développer les prises en charge sanitaires les plus efficientes au bénéfice des patients ; à mieux prendre en compte les impératifs de qualité et de sécurité dans la réalisation des soins et des prestations qui leur sont associées ; à mieux articuler les différents segments de l'offre dans l'organisation territoriale des soins ; à responsabiliser plus fortement les acteurs concernés dans la formation des dépenses financées par l'assurance maladie ; à mieux centrer l'intervention de celle-ci sur sa finalité médicale quand il y a lieu.

Chapitre VI

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

PRÉSENTATION

En dehors d'une urgence[328], les patients peuvent être transportés selon plusieurs modalités vers ou à partir d'un établissement de santé ou d'un cabinet de ville (ou entre structures de soins) : en ambulance, en véhicule sanitaire léger (VSL), en taxi conventionné ou bien par tout autre moyen (transport en commun, véhicule personnel). L'ensemble constitue le « transport de malades »[329]. Les transports médico-sociaux désignent pour leur part les déplacements vers et depuis les établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour personnes âgées ou handicapées.

En 2017, environ 87 millions de trajets ont été effectués par 5,8 millions de patients pour environ 5 Md€ de dépenses financées pour l'essentiel par l'assurance maladie. Moins connu, le coût global des transports liés à des prises en charge dans des ESMS, principalement pour les personnes handicapées, peut être estimé à au moins 1 Md€ par an.

Les transports de malades ont fait l'objet de travaux de la Cour[330] et des corps d'inspection[331]. Les analyses portant sur les transports médico-sociaux sont en revanche plus rares.

Bien que régies par des réglementations distinctes, ces deux catégories de transport ont des caractéristiques communes : humaines (les personnes transportées présentent une situation de fragilité), techniques (une partie des véhicules a des similarités) et fonctionnelles (du fait de leur caractère programmé). Dans les deux secteurs, sanitaire et médico-social, est amorcée une dynamique de gradation des prises en charge des patients.

Depuis les précédents constats de la Cour, la situation n'a pas connu d'amélioration. Les dépenses de transport sont élevées, croissantes et pourtant mal connues (I). Faute d'instruments adaptés ou par manque de volonté d'y recourir, leur régulation est largement défaillante (II). De nouveaux leviers de régulation sont nécessaires afin de responsabiliser plus fortement les prescripteurs, les patients et les transporteurs (III).

---

[328] Dans ce chapitre, sont traités les transports effectués par la voie terrestre.

[329] L'expression « transports sanitaires » désigne les transports en ambulance ou en VSL ; le « transport assis professionnalisé » les transports en VSL ou en taxi conventionné.

[330] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2012*, chapitre XI Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie, p. 309-338, et *septembre 2015*, chapitre X L'insuffisance rénale chronique terminale : favoriser des prises en charge plus efficientes, p. 345-378, La Documentation française, disponibles sur www.ccomptes.fr.

[331] Rapport conjoint IGAS-IGF-IGA (*Revue de dépenses relative aux transports sanitaires*, avril 2016) ; rapport présenté par D. EYSSARTIER, pour le ministère de la santé, *Rénovation du modèle économique pour le transport sanitaire terrestre*, 2010.

I - Des dépenses élevées, croissantes et encore en partie mal connues

A - Des dépenses élevées et dynamiques

Les dépenses consacrées aux transports programmés de malades s'inscrivent à un niveau élevé, comparativement à celles d'autres pays développés, et sont très dynamiques. Celles de transports médico-sociaux sont mal connues, mais présentent-elles aussi un enjeu significatif.

1 - Des dépenses de transport de malades prises en charge pour l'essentiel par l'assurance maladie et en forte progression

Pour 2017, le montant total des dépenses de transport programmé de malades peut être estimé à 5 Md€, dont plus de 4,7 Md€[332] facturés par les entreprises de transport à l'assurance maladie en tiers payant ou dont le remboursement est demandé par les patients et un peu plus de 230 M€ pris en charge par les établissements publics[333] sur leurs budgets (au titre de trajets internes et d'une partie des trajets entre établissements).

Depuis octobre 2018, les établissements de santé financent sur leurs budgets l'ensemble des dépenses liées à des trajets entre établissements, en application de l'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 (soit un transfert de près de 300 M€ de dépenses, voir *infra*).

L'assurance maladie finance l'essentiel des dépenses : suivant une proportion stable dans le temps, elle prenait ainsi en charge en 2017 93,1 % des dépenses facturées par les entreprises de transport ou dont le remboursement est demandé par les patients. Ce niveau est très supérieur à celui des médicaments (72,7 %), des soins de ville (65,1 %) et des soins, prestations et biens médicaux pris dans leur ensemble (77,8 %). De ce fait, les transports de malades représentent une part très réduite du total des dépenses restant à la charge finale des ménages, après intervention des couvertures complémentaires santé (121 M€, soit 0,8 % du total en 2017).

[332] D'autres postes relèvent du champ des transports terrestres, mais sont liés aux urgences donc aux soins non programmés, non analysés ici : les tarifs à l'intervention sur demande du SAMU (157 M€), la garde ambulancière (143 M€), le financement des carences ambulancières versées aux SDIS (27 M€) et les transports par avion et par bateau (75 M€). Par ailleurs, les financements de l'assurance maladie aux SAMU et SMUR, qui relèvent de l'ONDAM hospitalier, ont atteint 1 Md€ en 2017.

[333] Le montant correspondant pour les établissements privés n'est pas connu.

Des dépenses publiques de transport nettement moins élevées dans d'autres pays comparables

En 2013, le montant moyen par habitant et par an des dépenses publiques de transport de malades non urgent ressortait en France à environ 63 €, à comparer à 16 € en Allemagne. Ces transports non urgents représentaient 2,2 % du total des dépenses publiques de santé, contre 0,6 % en Allemagne.

Tableau n° 32 : dépenses publiques de transport de patients dans un panel de pays comparables

	Allemagne	Canada	Suède	France
Territoire considéré	National	Québec	Scanie	National
Dépenses publiques de transport non urgent (en M€)	1 320	340	17	4 137
Dépenses publiques de santé (en M€)	210 640	21 980	2 900	185 909
Dépenses publiques de transport non urgent en % des dépenses publiques de santé	0,6 %	1,5 %	0,6 %	2,2 %
Nombre d'habitants (en millions)	81,9	8,1	1,2	65,6
Montant moyen des dépenses publiques de transport par habitant (en euros)	16	42	14	63

Source : étude internationale sur les modes de prise en charge et sur l'organisation associée au transport de patients réalisée pour la direction de la sécurité sociale, Antares Consulting (février 2014). Pour la France : DREES (les dépenses de santé en 2013).

En Allemagne, les frais de transport sanitaire peuvent être pris en charge par l'assurance maladie légale avec une participation du patient à hauteur de 10 % de leur coût, avec un plancher de 5 € et un plafond de 10 € par trajet[334.] L'assurance obligatoire belge ne prévoit aucun remboursement pour le transport non urgent de malades couchés ou assis, sauf pour les patients atteints d'un cancer ou dialysés, et, dans ce cas, pour un montant très inférieur à ceux pratiqués en France ; les mutuelles prennent en charge à des niveaux variables les autres transports sanitaires non urgents.

Entre 2011 et 2017, les dépenses de transport de malades (hors budgets des établissements) ont augmenté de 33 % pour le régime général (France métropolitaine), soit de 4,1 % par an en moyenne.

Cette augmentation s'explique pour près d'un tiers par des évolutions tarifaires et fiscales[335] et, pour les deux autres tiers, par l'augmentation du nombre des trajets et distances parcourus. Cette dernière évolution recouvre une hausse de la part des taxis dans le total des trajets, une réduction de celle des VSL et une stabilité de celle des ambulances.

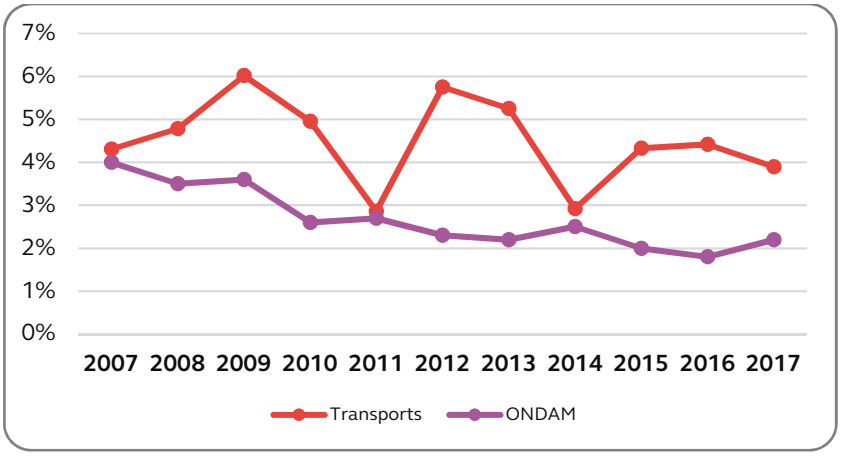
Tableau n° 33 : part respective des trois principaux modes de transport terrestre (en pourcentage du nombre de trajets, 2011-2017)

	2011	2013	2015	2017
Ambulances	22,8 %	22,9 %	22,8 %	22,4 %
Taxis conventionnés	40,0 %	42,7 %	44,1 %	45,7 %
VSL	37,2 %	34,4 %	33,1 %	31,9 %

Champ : régime général hors mutuelles.
Source : CNAM.

Comme le montre le graphique ci-après, la progression des dépenses de transport de malades financées par l'assurance maladie dépasse sensiblement celle de l'ONDAM sur le moyen terme.

Graphique n° 18 : évolution comparée des dépenses de transport de malades financées par l'assurance maladie et du total des dépenses relevant de l'ONDAM (2007-2017)



Source : DREES et Cour des comptes (RALFSS 2017 et 2018).

[334] Le niveau des participations demandées aux assurés est plafonné à un pourcentage de leur revenu, réduit en cas d'affection de longue durée (« bouclier sanitaire »).
[335] Le taux de TVA applicable aux transports effectués par VSL et par taxi a été porté de 5,5 % à 7 % en 2012, puis à 10 % en 2014.

2 - Des dépenses de transports médico-sociaux non suivies mais significatives

Les données relatives aux dépenses de transports médico-sociaux sont éparses et incomplètes. La Cour a tenté d'en estimer le montant total.

Le coût des trajets externalisés, c'est-à-dire réalisés dans le cadre de marchés de prestations passés avec des entreprises de transport, peut être estimé à 338 M€ en 2017[336].

Le déploiement en cours d'outils de ventilation analytique des dépenses des ESMS devrait permettre à moyen terme de mieux cerner le coût des trajets réalisés par ces établissements et services avec leurs propres moyens matériels et humains. À partir des données de coût recueillies dans le cadre de contrôles portant sur des établissements, la Cour estime que le coût des transports, rapporté à la place en ESMS, atteindrait 4 000 euros par an, cette moyenne recouvrant des montants hétérogènes d'une structure à l'autre. On peut en déduire une hypothèse de coût global en régie, pour l'ensemble des ESMS, d'environ 600 M€ par an.

Par ailleurs, les montants attribués par les conseils départementaux afin de compenser des charges de transport, notamment récurrents, représenteraient, selon les données disponibles, environ 4 % des dépenses liées à la prestation de compensation du handicap (PCH), soit 100 M€ par an environ.

Au regard de ces éléments, les dépenses de transports médico-sociaux financées sur fonds publics dépasseraient 1 Md€.

Cependant, certaines catégories de dépenses n'ont pu être estimées[337], non plus que celles restant à la charge des familles. En outre, la Cour n'a pas été en mesure de reconstituer l'évolution des dépenses de transports médico-sociaux. Selon les acteurs concernés, ces dépenses augmenteraient de manière tendancielle pour les personnes handicapées. La diminution de la part des places en internat accroît les trajets entre le domicile et l'établissement de prise en charge. L'évolution engagée vers une prise en charge médico-sociale plus inclusive implique des transports récurrents (par exemple entre instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques et instituts médico-éducatifs d'une part et établissements d'enseignement d'autre part ; entre maisons d'accueil spécialisées et centres d'activité communautaires).

---

[336] Comptes administratifs 2017 des ESMS consolidés par la CNSA.

[337] Il s'agit en particulier de l'action sociale des caisses d'assurance maladie, de majorations pour transport de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) financées par certains départements et de l'aide sociale départementale.

B - Des carences importantes quant à la connaissance de la dépense et de la qualité du service rendu

Les dépenses de transport, assez bien identifiées pour le secteur sanitaire, sont pourtant mal connues. Les études permettant de chiffrer les déterminants de leur évolution au niveau territorial font défaut. De plus, la qualité des prestations effectuées ne donne pas lieu à un suivi effectif.

1 - Des dépenses concentrées sur les patients en affection de longue durée, les trajets prescrits à l'hôpital et, de manière croissante, les taxis

Les dépenses de transport de malades sont concentrées sur certains patients, prescripteurs et modes de déplacement.

Ainsi, plus de 90 % des dépenses bénéficient à des patients en affection de longue durée (ALD) pour lesquels l'assurance maladie prend en charge le ticket modérateur de 35 % sur les dépenses présentées à son remboursement au titre de la pathologie exonérante. Cette concentration sur les ALD concourt à expliquer le niveau très élevé de la part des dépenses de transport prises en charge par l'assurance maladie.

Par ailleurs, les établissements de santé sont à l'origine de près des deux tiers des dépenses de transport (64,1 % tous régimes d'assurance maladie confondus en 2018, en légère augmentation depuis le début de la décennie). De fait, une part prépondérante des dépenses correspond à des trajets domicile - établissement, au titre principalement de séances ou de soins liés à des rendez-vous périodiques. En 2016, quatre grandes familles de pathologies étaient ainsi à l'origine de plus de 2,2 Md€ de dépenses : les cancers (0,8 Md€), l'insuffisance rénale chronique terminale (0,6 Md€ au titre des séances de dialyse), les maladies cardio-neurovasculaires (0,4 Md€) et les maladies psychiatriques (0,4 Md€).

Les transports représentent une part réduite des dépenses liées à la prise en charge de pathologies particulières, à une importante exception près : l'insuffisance rénale chronique terminale, pour laquelle cette part atteint 20 %.

Enfin, la structure des trajets se déforme dans un sens favorable aux modes de transport les plus onéreux. De 16 % en 1995, la part des taxis conventionnés est passée à 40 % des dépenses en 2017 ; celle des ambulances de 31 % à 39 %. Dans le même temps, la part des VSL a

régressé de 46 % à 18 %[338]. Or, le coût moyen d'un trajet atteignait 97 € pour l'ambulance, 51 € pour le taxi et 33 € pour le VSL en 2016. Pour une part, les différences de structure des tarifs expliquent ces écarts, indépendamment des distances parcourues en moyenne. Par contraste, le recours au véhicule personnel donnant lieu à un remboursement par l'assurance maladie a un caractère marginal et décline (un peu plus de 60 M€ de remboursements en 2017, contre près de 70 M€ en 2011).

2 - Des écarts de dépenses dont les déterminants sont mal connus

Il n'existe pas aujourd'hui d'analyse approfondie des déterminants des dépenses, pour les transports de malades comme pour les transports médico-sociaux. En l'absence d'études nationales[339], la part de l'évolution des dépenses imputable aux réorganisations de l'offre de soins hospitaliers ne peut être distinguée de celle qui résulterait d'une insuffisance des outils de régulation des transports.

Selon les départements, la dépense moyenne de transport par habitant allait de 32 € (Hauts-de-Seine) à 118 € (Creuse) en 2017. La Cour a souhaité engager de premiers travaux visant à apprécier si cette forte disparité peut être corrélée à certaines variables.

Le niveau global, la densité et la structure par âge de la population paraissent bien corrélés à la demande de transport. Ainsi, les 10 départements qui présentent la dépense moyenne par habitant la plus élevée sont souvent des départements ruraux à la population vieillissante[340].

Toutefois, des disparités importantes se manifestent entre des départements fortement urbanisés : en 2017, le montant moyen des dépenses s'élevait à 35 € par habitant et par an en Loire-Atlantique et à 38 € dans l'Ille-et-Vilaine, mais à 74 € dans les Alpes-Maritimes et à 78 € dans les Bouches-du-Rhône. En 2017, chaque assuré du régime général résidant dans ce dernier département y a effectué 1,6 trajet en moyenne contre 0,8 dans celui du Rhône. S'agissant des Bouches-du-Rhône, d'autres particularités sont à souligner.

[338] Données régime général, hors remboursements par l'intermédiaire de mutuelles.
[339] Quelques études régionales ont été recensées, dont une publication conjointe ARS / ANAP d'octobre 2013 portant sur les régions Rhône-Alpes et Champagne-Ardenne.
[340] Creuse, Haute-Marne, Lozère, Alpes-de-Haute-Provence, Nièvre, Indre, Ardèche, Ardennes, Yonne, Haute-Corse.

Les transports de malades dans les Bouches-du-Rhône

Le département des Bouches-du-Rhône est le premier en termes de dépenses de transport de malades. Elles ont crû de 50 % entre 2007 et 2017.

Les deux modes de transport les plus coûteux y sont surreprésentés. Ainsi, les taxis représentent près des ¾ des véhicules autorisés à transporter des malades (72,6 % contre 58 % au plan national en moyenne fin 2018), tandis que les VSL sont peu nombreux (4,9 % du total des véhicules fin 2018, contre 25 % en moyenne nationale)[341]. En outre, la dépense par ambulance (22,5 % des véhicules) est prépondérante (60,1 % fin septembre 2018 contre 35,9 % en moyenne nationale ; 30 % des trajets des patients dialysés sont effectués en ambulance contre 3 % dans les Côtes-d'Armor).

En 2017, un quart des trajets en ambulance ou en VSL faisaient moins de 4,2 km et 10 % moins de 2,5 km.

Par ailleurs, les médecins libéraux étaient à l'origine de 45,1 % des prescriptions (contre 35,9 % en moyenne nationale).

En région parisienne, le coût moyen des transports de malades par habitant double quant à lui pratiquement entre les Hauts-de-Seine (32 € en 2017) et la Seine-Saint-Denis (58 €).

Souvent mis en avant, le degré de perte d'autonomie (appréciée à partir du recours à l'allocation personnalisée d'autonomie), le niveau du recours aux soins hospitaliers et celui des soins hospitaliers ambulatoires ont en revanche une portée limitée pour approcher les causes de l'hétérogénéité des dépenses sur le plan territorial. L'incidence réduite de ces facteurs explicatifs paraît refléter le caractère faiblement médicalisé de la prescription de transports, peu liée aux seules notions d'incapacité ou de déficience des patients.

En revanche, une corrélation significative apparaît entre le recours aux transports de malades et le niveau de prise en charge de la dépense correspondante par l'assurance maladie. C'est le cas pour les patients en ALD, exonérés du ticket modérateur[342] et pour les bénéficiaires de la CMU-C, exonérés du ticket modérateur et de la franchise de deux euros par

[341] Le département des Alpes-Maritimes présente des caractéristiques identiques : le parc de véhicules autorisés à transporter des malades comprenait fin 2018 72,5 % de taxis conventionnés et 2 % seulement de VSL, ainsi que 25,5 % d'ambulances.

[342] Le coefficient de corrélation entre taux de patient en ALD par département (données 2016) et taux de recours aux transports de malades par département (données 2017) est de 0,57.

trajet (quatre euros pour un aller-retour)[343]. On peut y voir un lien avec des caractéristiques spécifiques de ces assurés sociaux : état de santé plus dégradé, disposition moindre d'un véhicule personnel, habitat plus éloigné des pôles urbains. On peut aussi se demander si la gratuité ou la quasi-gratuité des transports de malades ne constitue pas en elle-même un facteur de dépense, comme une analyse de la Cour l'a suggéré[344].

Dans le secteur médico-social, les déterminants des dépenses commencent à être appréhendés pour le handicap[345]. Contrairement aux transports de malades, les données relatives à la répartition géographique et aux modes de transport font en revanche totalement défaut.

3 - Un suivi insuffisant de la qualité des transports

Alors que l'incidence des temps de transport sur la qualité des soins prodigués est de mieux en mieux reconnue, les transports de malades et médico-sociaux ne font l'objet d'aucun suivi qualitatif structuré.

Certes, un corpus législatif et réglementaire fixe des règles. Dans le secteur sanitaire, ces règles sont les plus contraignantes pour les ambulances et les VSL : les entreprises de transport sont soumises à des exigences particulières en termes de locaux, de composition et de formation des équipages, de vaccinations et d'équipements à bord. Celles encadrant les taxis conventionnés sont en revanche minimales : présence d'une trousse de secours, aide au déplacement et à l'installation du patient dans le véhicule, transmission des informations nécessaires aux équipes soignantes si le patient n'est pas accompagné, respect des règles d'hygiène et prévention du risque infectieux.

Les obligations applicables aux transports médico-sociaux visent principalement la sécurité des déplacements. Si la qualité de la prestation est une préoccupation récurrente des établissements, les constats faits au sein même des ESMS sont assez souvent alarmants : pour des raisons financières, ces établissements ne sont fréquemment pas en mesure

[343] Le coefficient de corrélation est de 0,55.

[344] Dans une communication à la commission des finances du Sénat sur le Fonds de financement de la CMU-C (mai 2015), la Cour avait relevé que la consommation de transports de malades par les bénéficiaires de la CMU-C était supérieure en 2013 de 162 % à la consommation moyenne d'un assuré social. Cet écart ne pouvait être expliqué par la seule incidence des différences d'âge, de sexe et d'état de santé des titulaires de la CMU-C par rapport aux autres assurés du régime général.

[345] CNSA, étude « repères » sur la perception des « marqueurs de charges en accompagnement » dans les établissements médico-sociaux, septembre 2018.

d'assurer une présence suffisante d'accompagnateurs dans les bus, ce qui engendre des situations de promiscuité entre enfants propices à des tensions, dans le contexte de temps de transport parfois très longs (plus de deux heures par jour). Les cas rapportés d'utilisation de véhicules inadaptés au transport de personnes handicapées se traduisent par des situations objectives de maltraitance, pourtant peu documentées et signalées.

En définitive, le suivi de la qualité des prestations de transport est mal assuré. Seules deux entreprises de transport sur les 5 600 que compte le secteur se sont volontairement engagées dans une démarche de certification selon un référentiel de 2013[346], établi par le secteur lui-même. Si certaines ARS et CPAM mènent quelques contrôles, elles échangent peu les informations dont elles disposent. Les plaintes et réclamations qui leur sont adressées ne sont pas consolidées à des fins de connaissance statistique et de correction des situations anormales pouvant être observées.

C - Une prise en charge publique étendue, mais morcelée en de nombreuses situations

La prise en charge des transports de malades par l'assurance maladie comme celle des transports médico-sociaux, financée principalement par la CNSA[347], est définie de manière fragmentée, en fonction notamment du statut administratif du patient ou de l'établissement médico-social. Les règles en vigueur présentent des incohérences.

1 - Une prise en charge étendue, complexe et parfois incohérente des dépenses de transport de malades

L'article L. 160-8 2° du code de la sécurité sociale prévoit que l'assurance maladie couvre les « frais de transport des personnes se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale ».

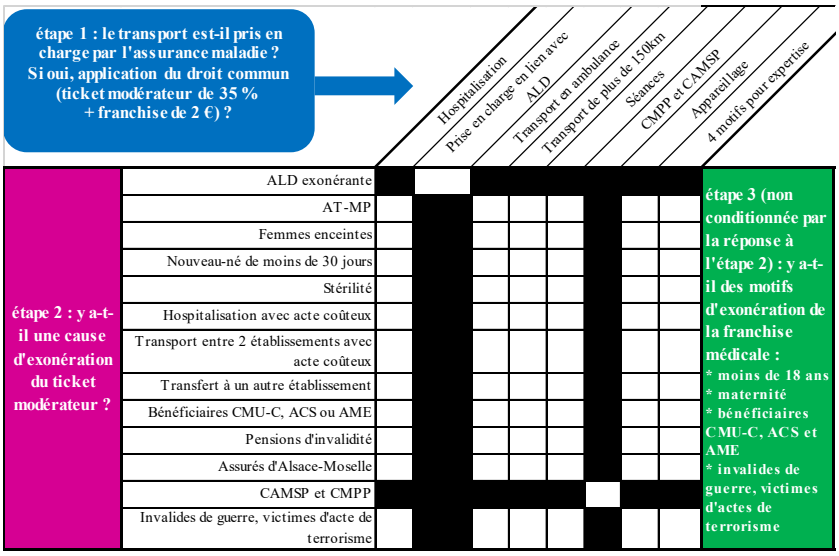
L'article R. 322-10 du même code précise les 11 motifs ouvrant droit au bénéfice d'une prise en charge financière par l'assurance maladie, en liant ce droit tantôt à la nature des soins à recevoir (hospitalisations, séances, etc.), tantôt à l'état de santé du patient (ALD).

[346] Référentiel « engagement de service du transport sanitaire » du 14 décembre 2012 (déposé auprès de l'AFNOR sous la référence 177).
[347] Et donc indirectement par l'assurance maladie, qui constitue le principal financeur de cet organisme (plus de 80 % des recettes en 2017).

À la diversité des cas de prise en charge et des modes de transport se superpose la diversité des réglementations tarifaires : sont ainsi prévues 13 causes possibles d'exonération du ticket modérateur de 35 % normalement applicable, ainsi que quatre motifs d'exonération de la franchise d'ordre public de 2 € demandée aux assurés.

La combinaison des motifs de prise en charge, d'exonération du ticket modérateur et d'exonération de la franchise aboutit à pas moins de 140 situations possibles[348] quant au niveau de la prise en charge des dépenses de transport sanitaire par l'assurance maladie.

Graphique n° 19 : une grande diversité de situations de prise en charge des dépenses de transport de malades par l'assurance maladie



Source : Cour des comptes.

Pour être complet, il conviendrait aussi de prendre en compte près de 70 situations différentes de transports de malades intra et inter-hospitaliers, principalement prises en charge par les budgets des établissements, mais dont les règles d'imputation sont elles aussi souvent complexes et difficiles à maîtriser par les établissements eux-mêmes.

[348] Ces situations correspondent aux 68 cases blanches du graphique n° 19, et à l'application pour certaines d'entre elles d'un ou de plusieurs motifs d'exonération de la franchise de remboursement à la charge des patients.

De fait, la réglementation est peu lisible, sinon peu cohérente, comme le montrent les exemples non limitatifs ci-après :

- un transport en hôpital de jour de psychiatrie, considéré comme une hospitalisation, ouvre droit à une prise en charge, à la différence des consultations dans les centres médico-psychologiques (CMPP), qui procurent pourtant des soins proches mais sans hospitalisation ;
- la sortie des urgences d'un patient n'ayant pas été hospitalisé n'ouvre pas droit à un transport pris en charge par l'assurance maladie, même si le patient a été amené par les sapeurs-pompiers, à moins que cette sortie soit effectuée en ambulance, mode de transport le plus coûteux ;
- un patient dans l'incapacité manifeste de se déplacer pourra bénéficier d'un transport pour une intervention chirurgicale, mais pas pour la consultation anesthésique préalable et obligatoire, à moins, là encore, que le transport soit effectué en ambulance.

2 - Une prise en charge des transports médico-sociaux fragmentée selon la nature des établissements et le type de transport

Les prises en charge de transports médico-sociaux par les établissements médico-sociaux sur leur propre budget ou par l'assurance maladie diffèrent en fonction des catégories d'établissements :

- les instituts médico-éducatifs (IME) et autres établissements assimilés, qui accueillent le plus grand nombre d'enfants et adolescents, ont en principe[349] l'obligation de prendre en charge les transports collectifs mais aussi individuels liés à l'accueil et aux soins ;
- les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et les centres d'action médico-sociale précoce (CAMPS) sont traités de manière plus favorable : depuis 2010[350], les transports induits sont pris en charge par l'assurance maladie à 100 %, après l'accord préalable du service médical et sur prescription médicale ;

[349] Cette obligation est inégalement respectée. L'article 13 de la loi du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et au transport sanitaire a posé le principe d'une prise en charge élargie aux transports individuels, mais le décret d'application, pourtant plusieurs fois modifié depuis lors, n'a pas repris cette disposition. Faute de moyens, certains IME continuent à se référer à un décret devenu manifestement illégal sur ce point depuis plus de trente ans, qui limite leur prise en charge au seul transport collectif.
[350] Cette pratique a cependant été régularisée postérieurement (décret du 26 mai 2014 relatif à la participation des assurés sociaux aux frais de transport mentionnés au 19° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale).

- les régimes de prise en charge sont moins favorables pour d'autres patients ou établissements : ainsi, les transports vers et à partir des centres médico-psychologiques (CMP), structures sanitaires dont l'activité est proche de celle des CMPP et des CAMPS, sont pris en charge par l'assurance maladie dans les conditions de droit commun (application du ticket modérateur) ; les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) ont quant à eux des obligations variables selon la nature du déplacement, la prise en charge des transports collectifs étant privilégiée sur celle des transports individuels.

La complexité liée aux différentes catégories d'ESMS et de type de transport est redoublée par l'intervention d'autres financeurs que la CNSA, qui peuvent prendre en charge tout ou partie du coût des transports. Plusieurs formes de soutien sont en effet possibles en fonction des restes à charge induits par les diverses réglementations en vigueur. Ainsi, les conseils départementaux peuvent accorder une majoration spécifique de la prestation de compensation du handicap (PCH) ou de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) s'agissant des enfants, au titre de transports occasionnels ou récurrents. Les CPAM peuvent par ailleurs accorder des concours sur leurs budgets d'action sanitaire et sociale. Les situations diffèrent ainsi fortement en fonction des acteurs locaux.

Enfin, certains types de transport ne font l'objet d'aucune prise en charge financière par les établissements, l'assurance maladie ou les différentes formes d'aides sociales : transport lié à un placement dans une unité de soins de longue durée (USLD) ou un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ; transport en foyer de vie pour les adultes handicapés ; transport lié aux séances individuelles de regroupement pour les enfants accueillis en service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) ; transport lié à des soins reçus en secteur sanitaire libéral par une personne handicapée (orthophonie, kinésithérapie ou ergothérapie, sauf dérogations individuelles ou transport en ambulance).

II - Une régulation défaillante

L'inscription prépondérante des dépenses de transports médico-sociaux au budget des ESMS concourt à en assurer la maîtrise. Plusieurs instruments visent en principe à maîtriser les dépenses de transport de malades, mais ils sont dispersés et peu cohérents. L'augmentation rapide des dépenses traduit ainsi une régulation défaillante, qu'il s'agisse de l'offre de transport ou de sa prescription médicale. Elle s'accompagne de fréquentes irrégularités au détriment de l'assurance maladie.

A - Un encadrement insuffisant de l'offre de transport

L'offre de transport de malades est insuffisamment encadrée, qu'il s'agisse du nombre et de la catégorie des véhicules ou des tarifs appliqués aux trajets effectués.

1 - Des quotas de véhicules excluant les taxis et inappliqués

Depuis 1995[351], des arrêtés des ARS fixent des quotas de véhicules sanitaires par département en fonction d'indices de besoins populationnels et géographiques.

Ces quotas présentent trois faiblesses majeures. Tout d'abord, ils ne couvrent pas les taxis conventionnés, qui constituent désormais la première composante du transport de malades. De plus, ils ne font pas l'objet d'une actualisation régulière. Enfin, sur le champ partiel des ambulances et VSL, ils sont dépassés dans 81 départements[352] ; pour certains d'entre eux, les quotas étaient d'ailleurs dépassés dès 1995.

Selon le ministère de la santé, la valeur ainsi « indicative » des quotas constituerait néanmoins une référence utile, appréciée des transporteurs. En outre, une réécriture du texte de 1995 intervenue en 2012[353] élargit les critères pouvant être pris en compte par l'ARS pour statuer sur une demande de transfert d'autorisation d'un véhicule à un autre[354]. Par ailleurs, certaines ARS, à l'instar de celle des Hauts-de-France, tentent de rénover les quotas, en les différenciant à l'échelle des territoires de santé.

Ces efforts isolés ne modifient cependant pas le constat, déjà porté par la Cour, d'un dispositif vidé de son sens, qui semble désormais surtout cogéré avec les professionnels, à l'écart de la règlementation, dans

[351] Arrêté du 5 octobre 1995 relatif à l'autorisation de mise en service des véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres.
[352] À titre d'illustration, ce dépassement atteignait 131 % dans la Somme en 2018 (605 véhicules autorisés pour un nombre théorique de 238).
[353] Décret du 29 août 2012 relatif à l'agrément nécessaire au transport sanitaire terrestre et à l'autorisation de mise en service de véhicules de transports sanitaires.
[354] Deux autres critères ont été ajoutés à ceux relatifs à la satisfaction des besoins sanitaires locaux de la population et à la situation locale de la concurrence : le respect du nombre théorique de véhicules affectés aux transports sanitaires et la maîtrise des dépenses de transport de patients.

l'objectif de préserver les valeurs patrimoniales attachées en pratique - mais non en droit[355]- aux agréments dont ils bénéficient.

Ainsi, aucun levier de régulation ne s'applique à l'offre de taxis conventionnés, sinon l'instauration d'un délai d'attente (récemment porté de deux à trois ans), entre l'obtention d'une autorisation de stationnement (c'est-à-dire d'une autorisation d'activité) et le conventionnement par la CPAM. L'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 devait permettre aux CPAM de refuser les demandes de conventionnement de taxis lorsque l'offre est déjà surabondante. Le décret d'application n'a toutefois pas été pris.

2 - Des évolutions tarifaires insuffisamment maîtrisées

Comme celle du nombre de véhicules, la fixation des tarifs paraît constituer un outil fort de régulation. Mais elle est éclatée entre les transporteurs sanitaires (ambulances et VSL) et les taxis, entre le niveau national et départemental, et n'a qu'une portée limitée, peu de contreparties étant attendues des professionnels.

Les transporteurs sanitaires privés doivent adhérer à la convention nationale publiée le 23 mars 2003[356]. La tarification est nationale et repose sur un forfait de prise en charge et un tarif kilométrique majoré la nuit, les fins de semaine et les jours fériés.

Les tarifs des taxis conventionnés ne relèvent pas de conditions fixées par l'assurance maladie, mais des règles de droit commun applicables aux courses de taxis, dont ils décalquent les composantes et la complexité (tarif horokilométrique ; tarifs propres à la « marche lente » en cas d'embouteillage ; facturation des temps d'attente et des retours à vide).

Ils résultent d'un dispositif juridique à trois étages : un arrêté du ministère de l'économie et des finances, pris en concertation avec celui de l'intérieur, qui fixe des tarifs maximum pour l'ensemble des courses de taxis, quel qu'en soit l'objet, sanitaire ou non ; des arrêtés préfectoraux fixant les tarifs applicables dans chaque département ; des tarifs négociés avec la profession par chaque CPAM dans la limite des tarifs préfectoraux, avec application à ces derniers, dans le cas général, d'une remise ne pouvant dépasser un certain pourcentage des tarifs préfectoraux.

---

[355] Les agréments obtenus sont cédés avec le véhicule pour un montant qui atteindrait parfois 300 k€ alors qu'ils sont octroyés gratuitement par la puissance publique. Ce « marché gris » constitue un frein pour adapter l'offre aux besoins.

[356] Elle comporte à ce jour huit avenants, le plus récent remontant au 20 mars 2017.

S'agissant des courses effectuées en taxi, la part kilométrique est plus importante que pour les VSL. Des plafonds variables par département, parfois très avantageux, s'appliquent à la facturation à l'assurance maladie des temps d'attente et des retours à vide.

Entre 2003 et 2018, les tarifs ont augmenté plus vite que l'inflation (soit +23,7 % en cumul) pour les taxis (+38 %) et les VSL (+31,7 %), et à un niveau proche de celui de l'inflation pour les ambulances (+20 %). Ils ont été revalorisés par à-coups, en fonction de négociations qui entretiennent un lien ténu avec les données du secteur (évolutions de la convention collective ou du prix des carburants notamment) et la conjoncture économique. Les négociations tarifaires avec la profession ont ainsi eu peu d'effets sur le coût unitaire des transports ou la mise à disposition des véhicules les mieux adaptés aux besoins et n'ont pas non plus induit de contreparties qualitatives.

Fin 2018, les fédérations de taxis ont signé un protocole d'accord[357] avec l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)[358], qui marque plusieurs évolutions positives. Il met fin à l'automaticité de la revalorisation annuelle des tarifs en fonction de celle des tarifs préfectoraux (indexation partielle en 2019 et 2022, pas d'indexation en 2020 et 2021). Il accroît la marge de négociation des CPAM, en portant de 15 % à 16,5 % le taux maximal de remise sur les tarifs préfectoraux. En vue de limiter le recours inutile aux ambulances, il distingue enfin une prise en charge du transport de personne à mobilité réduite (TPMR), favorisée par un forfait de 20 euros par trajet (complémentaire au tarif conventionnel). Selon la CNAM, les déclinaisons locales de cet accord auraient permis des économies significatives, cependant non chiffrées à ce stade.

B - Des tentatives de responsabilisation des prescripteurs aux effets limités

Les démarches de l'assurance maladie visant à inciter les médecins - en particulier libéraux - d'une part, les établissements de santé d'autre part, à modérer les prescriptions de transport sanitaire et à les adapter à la situation du patient ont des effets très limités sur la maîtrise des dépenses.

[357] Décision du 18 décembre 2018 relative à l'établissement d'une convention type à destination des entreprises de taxi et des organismes locaux d'assurance maladie.
[358] Cette instance est dirigée par le directeur général de la CNAM.

1 - Des actions peu efficaces en direction des médecins

Selon le ministère de la santé, le ralentissement de l'augmentation du nombre de trajets en 2007 et en 2008 (passée de plus de 6 % à un peu moins de 3 % pour le régime général) s'expliquerait principalement par la mise en place d'un nouveau référentiel médical de prescription, permettant de déterminer le mode de transport le moins onéreux par patient. À supposer qu'il soit avéré, cet effet n'a cependant pas été durable : l'augmentation annuelle du nombre de trajets est passée, pour le régime général, d'un peu moins de 2 % en 2014 à plus de 4,5 % en 2016, puis s'est stabilisée à ce même niveau en 2017.

Plusieurs actions ont été renouvelées (rédaction de mémos et de fiches d'aide à la pratique, application disponible sur smartphone depuis 2018). D'autres sont en projet, comme une nouvelle réécriture du référentiel, en lien avec des représentants de la profession médicale choisis par l'assurance maladie, afin que des critères mieux fondés sur le plan médical facilitent l'acceptation par les patients des refus de prescription.

Une carte de transport assis en dialyse a été expérimentée à compter de décembre 2014 dans dix régions, afin non seulement d'éviter le renouvellement périodique de prescriptions médicales relatives à des séances, mais aussi d'assurer une meilleure prise en compte des conditions médicales, notamment quant au choix de la catégorie de véhicules, en écartant les ambulances au profit de VSL ou de taxis. Fin 2016, la CNAM a interrompu cette expérimentation faute d'impact sur les transports en ambulance dans les régions pilotes. De plus, les patients résidant dans des zones rurales ou semi-rurales éprouvaient des difficultés à trouver un transporteur acceptant de les conduire en position assise, alors même que leur état de santé le permettait pleinement.

Par ailleurs, les délégués de l'assurance maladie rendent visite à des médecins libéraux qui se distinguent par un taux très élevé de prescription de transports, afin de leur rappeler les règles de bonne pratique (5 670 visites en 2017).

En direction des professionnels en services hospitaliers, l'assurance maladie déploie souvent des actions de « pédagogie », faute de mieux. En effet et sauf exception, le praticien hospitalier ayant prescrit le transport ne peut être identifié, son identifiant individuel (RPPS) n'étant pas indiqué sur le « bon de transport » qui tient lieu de prescription médicale. Comme la

Cour l'a constaté[359], la plupart des établissements n'appliquent pas l'obligation légale[360] d'identification des médecins qui y exercent. En mai 2017, la CPAM du Var constatait par exemple que 99,8 % des factures de transports issues de prescriptions hospitalières ne comportaient pas le numéro RPPS du praticien.

2 - Des actions de faible portée visant à responsabiliser les établissements de santé

S'agissant des établissements de santé, l'assurance maladie mène néanmoins des actions visant à les inciter à mieux maîtriser les prescriptions médicales imputées sur les dépenses de soins de ville, notamment celles de transport. Ces actions prennent la forme de contrats cosignés par les ARS et les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), dans lesquels les établissements prennent des engagements relatifs à l'évolution des dépenses qu'ils prescrivent, assortis d'un « intéressement » en cas de respect d'un taux d'évolution maximale de la dépense, et d'une « sanction financière » dans le cas inverse.

Mais comme la Cour l'a souligné[361], les contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS)[362] constituent un dispositif peu efficace. En 2017, seuls 113 établissements étaient engagés sur un objectif de maîtrise des prescriptions de transport ; pour une part au moins des signataires, la dynamique des dépenses de transport n'avait pas fléchi. Le recul manque pour apprécier la portée des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES), qui ont remplacé en 2018 l'ensemble des contrats d'engagement de maîtrise des prescriptions exécutées en ville[363]. Néanmoins, le report à 2021 de l'application de premières sanctions en cas de non réalisation des objectifs fixés n'est pas de nature à assurer l'efficacité de ce nouvel instrument.

---

[359] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2016*, chapitre VII La maîtrise des prescriptions à l'hôpital : mieux responsabiliser le corps médical, p. 289-326, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

[360] Prévue par l'article L. 162-5-15 du code de la sécurité sociale.

[361] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2016*, chapitre VII précité.

[362] Créés par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009.

[363] La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a unifié au 1er janvier 2018 dans un instrument unique, les CAQES, les engagements de maîtrise des prescriptions de dépenses exécutées en ville souscrits par les établissements de santé, qui relevaient de contrats distincts en fonction de la nature des dépenses concernées.

La démarche de mise sous tension des prescriptions médicales de transport dans les établissements de santé a eu des résultats plus probants quand elle s'est accompagnée de la mise à disposition de conseillers de l'assurance maladie. Ainsi, au centre hospitalier de Roubaix, deux agents de la CPAM ont contribué à la mise en place d'un logiciel de gestion des demandes de transport adossé au logiciel interne de gestion des lits de l'établissement ; la part des transports en ambulance a significativement baissé, ce qui a permis une économie moyenne de 11,5 euros par transport prescrit[364]. Néanmoins, dans certains établissements, les nouveaux outils ont cessé d'être utilisés après le départ des conseillers de l'assurance maladie. De fait, les établissements de santé n'ont pas d'intérêt véritable à une maîtrise accrue des dépenses de transport sanitaire qu'ils prescrivent quand ils n'en assument pas le coût sur leur budget.

C - Des irrégularités répandues

Une grande partie des trajets pris en charge par l'assurance maladie n'est pas précédée d'une prescription médicale préalable. Par ailleurs, les règles relatives à l'activité de transport sont inégalement respectées.

1 - Un principe peu respecté de prescription médicale préalable

En principe, une prescription médicale préalable doit constater la nécessité du transport et en justifier l'usage et la modalité de réalisation en fonction de l'intensité des déficiences ou incapacités du patient, appréciée suivant plusieurs référentiels[365]. L'ambulance, mode de loin le plus onéreux, est en principe réservée à des incapacités qui justifient la présence d'une personne aux côtés du patient, en plus du chauffeur. Le recours à un VSL ou à un taxi suppose un besoin signalé d'aide au déplacement et à l'installation dans le véhicule. L'usage d'un véhicule personnel (conduit par le patient ou un accompagnant) ou des transports en commun peut être pris en charge sur la base du tarif le plus faible en transport en commun.

[364] D'après le rapport relatif aux charges et produits pour 2016 (CNAM, juillet 2015).
[365] Arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports prévu à l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale ; « fiches repères » établies par la CNAM et validées par la HAS portant sur les transports pour séances de dialyse et pour les patients en suivi itératif spécialisé de psychiatrie.

Le fait que le médecin prescripteur soit tenu d'observer la « plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins »[366] doit en principe écarter l'usage abusif du transport de malades dans le contexte d'un périmètre étendu de situations prises en charge par l'assurance maladie.

En réalité, une part significative des prescriptions médicales traduit des pratiques irrégulières, facilitées en cela par la dématérialisation seulement partielle des prescriptions : pour la France entière, le service de prescription électronique (SPE) proposé par l'assurance maladie est utilisé par un peu plus de 5 000 médecins de ville ; il est par ailleurs expérimenté par cinq établissements de santé, en mode intégré à leurs outils de gestion centralisée des transports[367].

De fait, la part des transports prescrits le jour même des soins peut être estimée à 33 % du total, pour un coût de 1,6 Md€ en 2017. En leur sein, près de 3,8 millions de trajets pourraient être identifiés, par extrapolation au niveau national d'une étude départementale, comme des transports réalisés sans prescription préalable[368]. D'après l'ensemble des acteurs et de rares études menées en établissement de santé[369], la proportion de transports prescrits le jour même des soins serait en réalité de plus des deux tiers en prenant en compte les pratiques courantes de prescription rétroactive à des fins de régularisation, aujourd'hui bien installées, même pour les transports itératifs correspondant à des séances.

[366] Article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale.

[367] CNAM, *Rapport sur l'évaluation des charges et produits de l'assurance maladie pour 2020*, juillet 2019.

[368] Les transports réalisés le jour même de la prescription recouvrent trois catégories de trajets : les transports réalisés dans le cadre de l'aide médicale urgente (nécessairement en ambulances), ceux réalisés en sortie d'hospitalisation et ceux sans prescription préalable. La CNAM ne sait pas isoler au sein des 22,6 millions de trajets la part de chacune de ces trois catégories. En janvier 2019, la CPAM de la Somme a analysé un échantillon de 138 factures établies en novembre 2018 : près de 17 % des prescriptions datées du jour de la réalisation du transport pouvaient être tenues pour irrégulières.

[369] Selon le centre hospitalier de Troyes, au regard de données recueillies dans les services les plus générateurs de transports de malades (dialyse, orthopédie, neurologie et consultations externes), près de 64 % des patients utilisant un transport sanitaire privé arrivaient sans prescription préalable.

La procédure est ainsi inversée : muni au mieux d'une simple convocation et non d'une prescription médicale, le patient utilise les services d'un transporteur, qui obtient après coup une ordonnance de régularisation. Un tel enchaînement se réalise d'autant plus aisément que la prescription est assurée en pratique par des soignants ou des agents administratifs de l'établissement de santé, sans l'intervention d'un médecin prescripteur identifié.

De même, la règle qui voudrait que, pour les hospitalisations, le droit à remboursement soit plafonné, jusqu'au lieu de traitement le plus proche, n'est pas appliquée par l'assurance maladie, qui la considère comme lourde et peu compatible avec la liberté de choix du praticien par le patient et l'application du tiers payant à la plupart des dépenses de transport.

2 - Des manquements des transporteurs à leurs obligations

Les plaintes et signalements des patients et de leurs proches auprès des CPAM et des ARS ne font pas l'objet d'une analyse quantitative et qualitative par ces organismes, sauf exception, ni d'une remontée au niveau national. En vue des négociations conventionnelles, la CNAM devrait pourtant disposer d'un retour d'information quant à la qualité des prestations, notamment en amont d'éventuelles revalorisations tarifaires.

Lorsqu'ils sont effectués, les plaintes et signalements dénotent une multiplicité de manquements aux règles applicables à l'activité de transport de malades.

Ainsi, en 2018, une cinquantaine de signalements de prescripteurs médicaux ou d'établissements ont été recueillis par la CPAM des Bouches-du-Rhône, pour des motifs tels que le non-respect des horaires de prise en charge, la non-présentation du transporteur, le refus d'attendre que le patient soit pris en charge par les équipes de l'établissement, la durée excessive du trajet dans les cas de transports partagés ou encore le refus de course de la part de taxis. Plus de 80 % des signalements concernaient des transports en ambulance.

De même, en 2018, l'ARS Hauts-de-France a reçu 109 plaintes, pour des cas de comportement inadapté à l'égard du patient, d'activité sans attestation préfectorale à jour ou d'exploitation d'ambulances en dehors de l'activité de transport sanitaire. Elles ont entraîné des sanctions à l'encontre de dix entreprises de transport sanitaire (rappel à la réglementation, mise en demeure, retrait temporaire d'agrément).

III - Responsabiliser les prescripteurs, les patients et les transporteurs

Dans le champ des transports de malades, comme dans celui des transports médico-sociaux, la « panoplie » des leviers disponibles à la main des pouvoirs publics peut paraître très étendue, puisqu'elle multiplie les interventions directes auprès des acteurs de la chaîne du transport. Toutefois, celles-ci sont peu efficaces. De nouveaux leviers de régulation doivent être mis en œuvre afin de mieux responsabiliser les prescripteurs, les patients et les transporteurs.

A - Poursuivre le transfert des dépenses de transport aux budgets des établissements

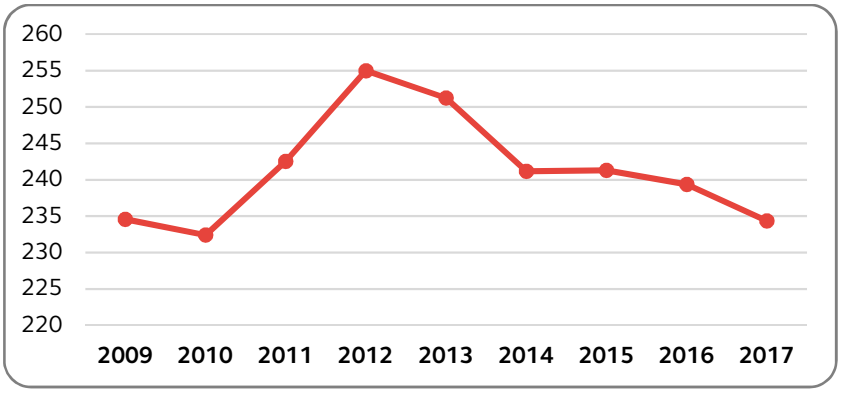
À l'heure actuelle, les établissements de santé prennent en charge sur leurs budgets une part limitée des dépenses de transport dont ils assurent la prescription. Cette part devrait être étendue progressivement à l'ensemble des dépenses en cause, moyennant certaines précautions.

1 - Des dépenses mieux maîtrisées quand les établissements qui les prescrivent les financent

Jusqu'en septembre 2018, les établissements de santé ne prenaient en charge sur leurs budgets que les dépenses correspondant à des transferts internes entre leurs différents sites géographiques, ainsi qu'aux transferts provisoires entre des établissements juridiquement distincts, au titre de prestations inter-établissements dont ne faisaient cependant pas partie les séances de chimiothérapie, de dialyse et de radiothérapie.

Les dépenses correspondantes, qui avaient beaucoup augmenté entre 2010 et 2012, régressent depuis lors de façon continue, ce qui suggère que la proximité et la responsabilité directe du financeur sur la dépense sont des facteurs d'efficience. Dans le cadre du programme « Performance hospitalière pour des achats responsables » (PHARE) engagé par le ministère de la santé en 2011, plusieurs établissements ont conduit des actions visant à maîtriser les dépenses de transport imputées à leur budget.

Graphique n° 20 : évolution des dépenses de transport à la charge des établissements publics de santé (2009-2017, en M€)



Champ : compte de résultat principal (budget H), données 2009-2017, comptes 6243 et 6245
Source : infocentre DGFIP (SPL-santé).

Dans le secteur médico-social, les dépenses de transport sont intégrées au budget de certaines catégories d'établissement, complètement, comme pour les instituts médico-éducatifs (IME) et assimilés, ou partiellement, comme pour les établissements et services d'aide par le travail (ESAT). De même que pour les établissements de santé, cette intégration paraît contribuer à la maîtrise des dépenses de transport, qui constituent souvent le deuxième poste de dépenses après le personnel.

Un recensement effectué par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) fait état, à cet égard, de multiples actions engagées par les ESMS afin de maîtriser leurs dépenses de transport[370]. Certaines portent sur l'organisation même des transports pris en charge, par exemple la mutualisation de leur ordonnancement entre plusieurs établissements ou une révision des circuits de ramassage collectif. D'autres cherchent à favoriser l'utilisation du véhicule personnel, par exemple en faisant évoluer les horaires d'accueil ou en organisant le covoiturage entre familles.

Ces initiatives, si elles sont inégalement abouties, ont permis à plusieurs établissements de réduire les dépenses de l'ordre de 20 %, sans dégradation de la qualité de service. Si un allongement de la durée des transports a parfois été observé, les modalités de transport paraissent davantage individualisées et la formation des conducteurs et des accompagnateurs mieux prise en compte.

[370] ANAP, *Améliorer la gestion des transports de personnes handicapées, Tome 1 : Retour d'expériences*, mai 2016.

2 - Transférer au budget des établissements de santé l'ensemble des dépenses de transport qu'ils prescrivent

Depuis octobre 2018, en application de l'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, le budget des établissements de santé intègre les dépenses correspondant à l'ensemble des transports de malades effectués au sein comme entre établissements de santé, qu'ils soient définitifs ou provisoires.

Au vu des résultats obtenus par les établissements dans la maîtrise de leurs charges externes de transport, cette réforme a logiquement visé à étendre leur champ de responsabilité aux transferts définitifs entre établissements et aux transferts provisoires au titre de séances de chimiothérapie, de dialyse et de radiothérapie, jusqu'ici facturés par les transporteurs à l'assurance maladie. Le transfert correspondant de dépenses a été estimé à 287 M€ ; à l'issue de celui-ci, les établissements de santé prennent en charge sur leur budget 15 % environ des dépenses liées à leurs propres prescriptions.

Depuis lors, les établissements de santé sont tenus de contractualiser les prestations correspondantes avec un ou plusieurs transporteurs, dans le respect du code des marchés publics pour les établissements publics. Cette contractualisation sert de cadre à une discussion tarifaire, mais aussi à la fixation d'exigences organisationnelles par les établissements de santé.

L'entrée en vigueur de la réforme à l'automne 2018 a cependant suscité le mécontentement des transporteurs, des représentants des usagers et des fédérations hospitalières, en raison de dysfonctionnements[371] liés à une préparation technique insuffisante.

La ministre des solidarités et de la santé a décidé une « pause »[372] dans la mise en œuvre de la réforme, sans néanmoins en remettre en cause le bien-fondé, ni le transfert de la prise en charge des dépenses au budget des établissements de santé. À sa demande, l'IGAS a identifié des conditions préalables à sa réussite, qui portent notamment sur

[371] Pour les plus fréquemment cités : des effets d'aubaine pour les établissements de santé situés en zone urbaine et à l'inverse une pénalisation des établissements les plus éloignés des autres, en raison du financement forfaitaire retenu pour chaque transport ; des effets non préparés et souvent dommageables sur une offre de transport souvent constituée d'une myriade d'entreprises artisanales ne pouvant candidater seules à un appel d'offre ; une complexité technique excessive et l'absence de préparation des établissements, malgré une phase de transition de 21 mois.

[372] « Pause » matérialisée par la circulaire n° DSS/1A/DGOS/R2/2019/35, 12 février 2019.

l'appréciation de leurs besoins et de leurs pratiques par les établissements de santé et la définition préalable par les transporteurs de réponses à apporter à cette évolution (concurrence, regroupement total ou partiel, « tours de rôle » éventuels). Une concertation sous l'égide des ARS était ainsi recommandée, afin d'établir les conditions d'une « concertation et d'une coopération territoriales »[373].

De fait, un dialogue équilibré entre les établissements et les transporteurs implique à la fois d'assurer le caractère effectif de la concurrence[374] et de maintenir une diversité utile dans l'offre.

À cet égard, un enjeu essentiel concerne l'appropriation par les établissements de santé des plateformes dites « de commande », qui centralisent de manière dématérialisée les demandes de transport émanant de leurs différents services. Afin que les établissements ne dépendent pas d'un unique fournisseur, ces plateformes doivent être distinctes des plateformes « de réponse », gérées par un transporteur ou un groupement de transporteurs, qui répartissent les trajets en fonction de la nature du transport (ambulance, VSL ou taxi) et des véhicules disponibles.

Les expériences engagées, dont l'ANAP fera ultérieurement connaître les meilleures pratiques[375], sont très diverses. Il conviendrait cependant que le ministère de la santé fixe un socle de règles garantissant l'interopérabilité entre différents outils[376], la neutralité des opérateurs dans l'attribution des trajets, la traçabilité des flux de commande et de réalisation de ces dernières, ainsi que le suivi de la qualité.

Avec ces précautions, l'intégration aux budgets des établissements hospitaliers de la totalité des dépenses de transport de malades ayant pour origine leurs prescriptions médicales, y compris sur le segment domicile - établissement, devrait être menée à terme afin de placer sous contrainte d'enveloppe la prescription et la réponse à celle-ci. Un enjeu prioritaire concerne les dépenses de transport liées aux séances de dialyse, comme la Cour l'a souligné à plusieurs reprises[377].

---

[373] Note de présentation de la mission « flash » de l'IGAS n° 2018-135, sur la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017, p. 7.

[374] Des enquêtes ont été diligentées de manière récurrente par la direction générale de la concurrence, de la consommation et de répression des fraudes, notamment en Languedoc Roussillon (14 enquêtes en dix ans), débouchant sur quatre procédures.

[375] Un groupe de travail constitué fin 2018 doit rendre ses conclusions en 2019.

[376] L'ARS de Nouvelle Aquitaine a engagé un projet en ce sens.

[377] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2012*, chapitre XI Les transports de patients à la charge de

Dans le champ médico-social, la prise en charge des dépenses de transport par les établissements constitue la règle et la facturation à l'assurance maladie par les transporteurs l'exception. Afin de mettre sous tension l'ensemble des dépenses de transport médico-social, il conviendrait d'intégrer ce poste de dépenses aux budgets des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et d'action médico-sociale précoce (CAMPS).

B - Re-médicaliser les transports de malades

1 - Conditionner la prescription au seul état de santé des patients

Le droit à un transport sanitaire s'est élargi jusqu'à perdre sa signification médicale. Il devrait redevenir l'accessoire médicalisé d'un soin. La CNAM a engagé une réflexion tendant à proposer au ministère de la santé une redéfinition des motifs justifiant une prise en charge, en les recentrant sur les notions de déficience et d'incapacité des assurés sociaux. Dans le cadre de cette réflexion, il est envisagé à juste titre que « l'hospitalisation » ne soit plus un motif en soi du transport pris en charge par l'assurance maladie.

En poursuivant dans le même sens, les dispositions du code de la sécurité sociale[378] qui prévoient les différents cas de prise en charge par l'assurance maladie devraient être simplifiées afin de ne plus viser que les motifs d'incapacité ou de déficience du patient, attestés par une prescription médicale.

En lien avec cette évolution, le caractère médicalisé de la prescription devrait être réaffirmé, par un usage systématisé de la signature électronique des médecins dans les services hospitaliers. De manière alternative, des personnels infirmiers en pratique avancée[379] pourraient recevoir délégation de l'acte de prescription de transport.

---

l'assurance maladie, p. 309-338, et *septembre 2015*, chapitre X L'insuffisance rénale chronique terminale : favoriser des prises en charge plus efficientes, p. 345-378, La Documentation française, disponibles sur www.ccomptes.fr.

[378] Article R. 322-10 du code de la sécurité sociale.

[379] Sur cette notion, voir Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018,* chapitre V Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital, p. 169-202, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

2 - Augmenter la participation des patients au financement des transports

Même si les motifs juridiques de la prescription d'un transport étaient recentrés sur les notions de déficience et d'incapacité, l'instauration de nouveaux mécanismes de responsabilisation financière des patients pourrait s'avérer nécessaire afin de limiter la demande de prises en charge peu pertinentes sur le plan médical.

À cette fin, une augmentation du ticket modérateur de 35 % en vigueur n'aurait qu'un effet très limité du fait des nombreux cas d'exonération prévus par la réglementation ainsi que des couvertures complémentaires santé.

Une augmentation de la franchise de deux euros par trajet (quatre euros en cas d'aller-retour) serait de même dépourvue en grande partie d'effet car elle pourrait simplement conduire à atteindre plus rapidement en cours d'année le plafond annuel de 50 euros qui s'applique de manière globale et indistincte à l'ensemble des franchises de remboursement applicables aux assurés, au tire des actes paramédicaux, des médicaments et des transports, sous certaines exceptions[380].

Afin de faire jouer à la franchise un rôle plus actif dans la maîtrise des dépenses, un plafond annuel propre aux franchises relatives aux transports de malades pourrait être fixé de manière distincte de celui de 50 euros qui resterait appliqué aux autres franchises (actes paramédicaux et médicaments). En laissant une part accrue de la dépense à leur charge, cette mesure permettrait de donner à la dépense de transport une visibilité particulière pour les patients. Elle n'aurait pas d'incidence sur la situation des ménages les plus modestes, bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS, qui sont exonérés à ce titre des franchises.

[380] Titulaires de la CMU-C, de l'ACS ou de l'AME, femmes enceintes à partir du 6ème mois jusqu'au 12ème jour faisant suite à l'accouchement, assurés de moins de 18 ans. Par ailleurs, un autre plafond, également fixé à 50 € par an, s'applique aux participations forfaitaires demandées aux assurés, sous certaines exceptions, au titre des actes médicaux, des analyses de biologie médicale et des examens de radiologie.

C - Organiser les transports de manière plus cohérente

1 - Redéfinir la gouvernance des transports de malades

L'encadrement par les pouvoirs publics du secteur effectuant le transport de malades obéit à deux corpus réglementaires distincts, qui traitent respectivement du transport sanitaire (ambulances et VSL) et des taxis. Une gouvernance séparée en a été déduite, justifiée par des logiques et considérations propres à chacune de ces deux professions. Elle affecte l'efficacité de la régulation des transports de malades par les pouvoirs publics, d'autant que les divers acteurs administratifs concernés agissent de manière souvent cloisonnée.

Au niveau national, les représentants des transporteurs ont de multiples interlocuteurs, insuffisamment coordonnés entre eux : le ministère des transports, en particulier pour les aspects routiers et les accords de branche ; le ministère du travail pour le droit du travail ; le ministère de l'intérieur, pour la sécurité du transport et la participation des ambulanciers à l'aide médicale urgente ; le ministère de la santé, avec pour principaux interlocuteurs la direction de la sécurité sociale s'agissant des aspects financiers et la direction générale de l'offre de soins pour ce qui concerne la régulation de l'offre. Le principal interlocuteur des transporteurs est néanmoins la CNAM, qui agit au nom de l'ensemble des financeurs et est seule à réunir de manière périodique l'ensemble des représentants des transporteurs lors des négociations conventionnelles.

Au niveau départemental, le suivi des professionnels du transport de malades relève du sous-comité des transports sanitaires[381]. À tort, les CPAM n'en font pas partie. Dès lors, les fraudes qu'elles relèvent ne sont généralement pas portées à la connaissance des tutelles sanitaires en vue de conduire, par exemple, à des suspensions d'agréments.

[381] Coprésidée par le directeur général de l'ARS et le préfet, cette instance comprend le médecin responsable du SAMU, le médecin chef du SDIS, quatre représentants des organisations professionnelles les plus représentatives, le représentant de l'association départementale des transports sanitaires d'urgence la plus représentative, deux directeurs d'établissements de santé (un public et un privé), deux représentants des collectivités territoriales et un médecin d'exercice libéral. Elle donne un avis préalable au retrait par l'ARS de l'agrément nécessaire aux transports par ambulance ou par VSL.

Afin de mieux coordonner les interventions publiques, un niveau d'impulsion de l'organisation des transports de malades et médico-sociaux devrait être désigné, sans doute le niveau régional qui est déjà celui des actions de réorganisation de l'offre de soins et de maîtrise de l'ONDAM. L'assurance maladie et les ARS devraient alors établir des partenariats afin d'assurer le rôle de l'échelon régional et la mise en œuvre opérationnelle dans chaque département des orientations décidées.

2 - Prendre en compte l'organisation graduée de l'offre de soins

Pour les transports de malades, la possibilité aujourd'hui ouverte d'une prise en charge quasi systématique par l'assurance maladie jusqu'à une distance de 150 kilomètres[382] devrait laisser place à des règles de prise en charge modulées en fonction de la gradation de l'offre de soins en établissement de santé entre les établissement de proximité, de recours et de référence. L'intervention du contrôle médical préalablement à des transports de malades sur longue distance serait alors à mettre en cohérence avec la demande de soins et la nature de ceux pris en charge par les établissements.

La CNAM a effectué un travail exploratoire en ce sens, mais pour la seule région Normandie. Il devrait être généralisé à l'ensemble des régions et intégré aux projets régionaux de santé établis par les ARS.

À titre d'illustration, les patients du Loiret, s'ils souhaitent recevoir dans un établissement de santé parisien des soins par ailleurs pris en charge par le centre hospitalier d'Orléans pourraient continuer à y être transportés, mais la prise en charge par l'assurance maladie du transport serait alors limitée à la distance permettant de rejoindre le centre hospitalier d'Orléans.

Une orientation analogue devrait s'appliquer au secteur médico-social, dans lequel prennent forme des réseaux d'établissements qui opèrent une gradation des prises en charge distinguant elle aussi des fonctions de proximité, de recours et de référence. Afin de donner une plus grande effectivité à ces distinctions, il conviendrait qu'une attention accrue soit portée aux transports, à leur coût et à leur justification, à l'occasion du dialogue budgétaire entre les ARS et les établissements médico-sociaux. Les transports pourraient ainsi devenir l'un des « marqueurs » de la place de chaque établissement dans ces réseaux gradués.

[382] Au-delà de ce seuil, une demande d'entente préalable doit être transmise et le service médical doit donner son accord.

3 - Assurer une meilleure adéquation des véhicules aux besoins

Trop souvent, en l'absence d'un véhicule léger disponible, se trouve mobilisée une ambulance plus onéreuse. Il conviendrait de favoriser le recours à des véhicules moins lourds, en particulier pour les personnes handicapées. Même dans un contexte sanitaire, elles pourraient en effet plus fréquemment être prises en charge par des transports de personnes à mobilité réduite (TPMR). Il serait alors possible d'éviter le recours à des ambulances, inutilement coûteux et, selon les associations, pénalisant pour la qualité du transport des patients.

Par ailleurs, le cadre de la prescription de transports de malades par les médecins n'a pas été adapté afin de distinguer la prescription de transport par taxi de celle par VSL, ces deux catégories étant regroupées sous la prescription générique de transport assis professionnalisé (TAP). Cette confusion favorise l'expansion des prises en charge par taxi, plus coûteuses en moyenne que celles en VSL. Il conviendrait d'y mettre fin.

D - Lutter contre les irrégularités et les fraudes

En 2018, les caisses d'assurance maladie du régime général ont détecté 18,9 M€ de fraudes et de pratiques fautives commises au titre de transports en ambulance, en VSL ou par taxi. Les principaux motifs sont l'absence d'agrément (du véhicule ou des personnels), la facturation de transports fictifs, la fausse facturation, l'exercice illégal de l'activité et la facturation non conforme à la délivrance.

Par ailleurs, les 125 000 contrôles ciblés de factures émises par 1 211 entreprises de transport sanitaire et de taxi effectuées par les caisses d'assurance maladie du régime général ont fait apparaître 4,9 M€ d'anomalies sur 45 M€ de factures contrôlées.

En 2010, le rapport Eyssartier[383] soulignait la relative pauvreté des données figurant dans les systèmes d'information et recommandait d'accélérer la dématérialisation, afin de procurer aux ARS des moyens de pilotage de la dépense au plan régional.

[383] EYSSARTIER, Didier, *Rénovation du modèle économique pour le transport sanitaire terrestre*, septembre 2010.

Aujourd'hui encore, les données détaillées disponibles dans le SNIIRAM sont soit incomplètes, soit non exploitées. Le système de consolidation nationale, susceptible d'exploiter ces données et de faire apparaître des remboursements excessifs ou des actes fictifs, n'a pas été établi par l'assurance maladie.

Les transporteurs sanitaires (ambulances et VSL) qui utilisent le système de facturation (SEFI) proposé par l'assurance maladie, soit 47 % d'entre eux, permettent à celle-ci de recueillir des informations détaillées : dates et heures de départ et d'arrivée, localisation, kilométrage facturé, numéro minéralogique du véhicule, identité du conducteur, nombre de malades transportés dans le véhicule ; la CNAM prévoit d'expérimenter ce même dispositif avec les taxis d'ici à la fin de l'année 2019[384].

À défaut des informations précitées, il est en effet difficile pour les caisses d'assurance maladie de détecter des pratiques irrégulières, sinon frauduleuses, citées comme fréquentes : l'attribution de la course de retour en taxi à un autre véhicule, qui permet de bénéficier d'un tarif majoré au titre du retour à vide d'un premier taxi et d'une deuxième recette au titre du trajet retour ; la facturation au tarif plein d'une course au titre de chaque patient alors que le véhicule en transporte plusieurs, ce qui devrait entraîner l'application des tarifs réglementaires dégressifs.

Une dématérialisation complète de l'ensemble des données entrant dans la facturation des transports de malades à l'assurance maladie, quel qu'en soit le mode de réalisation, est indispensable à la réduction des irrégularités de facturation et des fraudes qui s'exercent à son détriment. Une fois déployée, elle permettrait à l'assurance maladie, en lien avec les ARS, de mettre en œuvre des contrôles de facturation plus étendus et efficaces.

[384] CNAM, *Rapport sur l'évaluation des charges et produits de l'assurance maladie pour 2020*, juillet 2019.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

À ce jour, les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social ne bénéficient pas d'une véritable politique, comme le montre l'absence de gouvernance cohérente et de prise en compte des considérations relatives à la qualité des prestations.

La dynamique des dépenses de transport de malades a été subie comme si elle était la conséquence de l'évolution des pathologies et de l'organisation des soins, alors qu'elle résulte en grande partie d'une régulation insuffisante, aussi bien de l'offre que de la demande.

Les efforts de maîtrise des dépenses, discontinus et dispersés, restent peu efficaces. Les fortes disparités de dépenses de transport par habitant qui peuvent être constatées entre des départements fortement urbanisés, bien pourvus en offre de soins et dont la structure démographique est comparable, attestent le caractère imparfaitement justifié d'une partie des dépenses au regard de leur utilité pour les patients.

Des marges financières doivent être dégagées afin d'accompagner le « virage ambulatoire » du système de santé, la mise en place d'une organisation graduée de l'offre de soins dans le cadre territorial et une prise en charge plus inclusive des personnes handicapées.

Des leviers efficaces de maîtrise des dépenses de transport de malades doivent donc être utilisés. Alors que les dépenses de transport de malades financées directement par l'assurance maladie ont augmenté de 4 % en 2018, le seul ralentissement d'un point de leur progression permettrait d'économiser 50 M€.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

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).*

Chapitre VII

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

PRÉSENTATION

Également désignés sous le terme « d'activité externe » des hôpitaux, les actes et consultations externes (ACE) à l'hôpital recouvrent des activités composites : consultations médicales, actes techniques médicaux, d'imagerie ou de biologie, passages aux urgences…

Ils sont dispensés par des médecins salariés, pour l'essentiel d'établissements de santé publics et privés non lucratifs[385]. 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, par le fait qu'ils sont financés pour l'essentiel selon les tarifs applicables aux professionnels libéraux de ville.

Les ACE sont susceptibles d'être réalisés à plusieurs moments du parcours du patient : venue aux urgences s'accompagnant de la réalisation d'un acte diagnostique ou thérapeutique et non suivie d'une hospitalisation, demande d'avis médical spécialisé, réalisation ponctuelle d'un acte de biologie ou d'imagerie, consultation en pré ou post-hospitalisation, consultation périodique dans le cadre du traitement d'une pathologie.

En 2017, les ACE ont été à l'origine de 4,2 Md€ de dépenses d'assurance maladie en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO)[386], dont 27 % au titre des urgences.

En 2018, les juridictions financières ont effectué une enquête sur ce domaine mal connu de l'activité hospitalière : la Cour a examiné le cadre juridique, le financement et les orientations fixées par le ministère de la santé et par les agences régionales de santé (ARS) en matière d'activité externe des hôpitaux ; pour leur part, onze chambres régionales des comptes[387] ont contrôlé la gestion de cette activité par 18 établissements publics de taille variée[388].

---

[385] Les ACE liés à l'activité de praticiens salariés d'établissements privés lucratifs représentent un enjeu limité (11 M€ de dépenses d'assurance maladie en 2017). La quasi-totalité des praticiens intervenant dans ces établissements n'en sont pas salariés et facturent leurs actes dans les mêmes conditions que les praticiens libéraux de ville.

[386] Les soins de suite et de réadaptation (SSR) et la psychiatrie n'étaient pas compris dans le champ de l'enquête.

[387] CRC Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Grand Est, Hauts-de-France, Ile-de-France, La Réunion, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Pays de la Loire.

[388] CHU de Caen, de Dijon, de La Réunion et de Lille ; centres hospitaliers de Bagnols-sur-Cèze, de Calais, de Compiègne-Noyon, de la Côte Basque, de Dole, de La Ferté-Bernard, de Guingamp, de Guise, de Moulins-Yzeure, de Niort, de Pontoise, de Saint-Brieuc, de Soissons et de Wissembourg.

Malgré l'augmentation rapide des dépenses qu'ils enregistrent, les actes et consultations externes restent un domaine d'activité largement méconnu, y compris par les établissements eux-mêmes (I). Au-delà des actions visant à améliorer leur organisation et leur facturation par les établissements de santé, les actes et consultations externes doivent pleinement concourir aux politiques engagées par les pouvoirs publics afin de recomposer l'offre de soins hospitaliers et améliorer l'accès aux soins des patients dans le cadre territorial (II).

I - Une activité externe insuffisamment suivie, malgré des enjeux financiers significatifs

Selon l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), 22,5 millions de patients ont bénéficié en 2016 d'un acte ou d'une consultation externe dans un établissement de santé public ou privé d'intérêt collectif, dont 16,9 millions en dehors d'une urgence[389]. Pour le secteur médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), cela représente 37,8 millions de consultations médicales[390], en dehors des urgences, qui viennent s'ajouter aux 332,1 millions de consultations réalisées en ville.

Si elles représentent une part réduite de l'ONDAM hospitalier (5,3 %), les dépenses d'ACE prises en charge par l'assurance maladie sont dynamiques (+4,8 % en moyenne annuelle entre 2013 et 2017). Pour autant, le poids respectif des facteurs à l'origine de cette augmentation n'est pas connu avec précision. En outre, les ACE constituent, le plus souvent encore, un angle mort du pilotage de leurs activités par les hôpitaux, malgré un solde financier globalement déficitaire pour ces derniers.

[389] ATIH, « chiffres clés, activité externe 2016 ». Ces chiffres couvrent l'activité externe en MCO et soins de suite et de réadaptation (SSR).
[390] DREES (SAE 2016).

A - Des dépenses croissantes pour l'assurance maladie, des facteurs d'évolution mal connus

1 - Une hausse rapide des dépenses globales d'ACE

En 2017, l'assurance maladie a financé près de 4,2 Md€ de dépenses au titre des actes et consultations externes (dont 3,7 Md€ au titre des établissements publics et 0,5 Md€ au titre des établissements privés non lucratifs). Entre 2013 et 2017, les dépenses d'ACE qu'elle prend en charge ont augmenté de 20,5 %, soit une hausse annuelle moyenne de 4,8 %[391].

Tableau n° 34 : dépenses d'assurance maladie liées aux ACE (2013-2017, en M€)

2013	2014	2015	2016	2017	Var. 2017/ 2013	Var. annuelle moyenne
3 450	3 589	3 830	4 039	4 157	+20,5 %	+4,8 %

Source : ATIH (Ovalide).

En 2017, les dépenses d'assurance maladie relatives aux ACE étaient constituées, pour 44 % d'actes inscrits à la NGAP[392] (consultations de généralistes, de spécialistes, biologie…), pour 35 % d'actes de la CCAM[393] (actes de radiologie, d'échographie, de chirurgie et actes techniques médicaux) et pour 21 % de forfaits (ATU[394], forfait de sécurité et d'environnement, etc.).

Un peu plus du quart correspondait à l'activité des services d'urgences (soit 1,1 Md€ en 2017).

[391] L'assurance maladie prend en charge une part prépondérante et croissante des ACE effectués par les établissements publics de santé (84,2 % en 2017, contre 81,9 % en 2013).
[392] NGAP : nomenclature générale des actes professionnels.
[393] CCAM : classification commune des actes médicaux.
[394] ATU : forfait d'accueil et de traitement des urgences.

Tableau n° 35 : nature des dépenses d'assurance maladie relatives aux actes et consultations externes en 2017

	Montant (en M€)	Dont urgences (en M€ et en % du total)	
Actes et consultations relevant de la NGAP	1 815	514	28 %
Consultations médicales (y compris majorations)	1 224	360	29 %
Biologie	482	151	31 %
Soins infirmiers	39	0	-
Autres (actes de sages-femmes, échographie, orthopédie)	70	3	5 %
Actes relevant de la CCAM	**1 434**	**295**	**21 %**
Actes d'imagerie	569	158	28 %
Actes techniques médicaux	467	68	14 %
Actes d'échographie	311	35	11 %
Actes de chirurgie	71	33	46 %
Autres (obstétrique, anesthésie, soins dentaires)	16	1	5 %
Forfaits techniques de radiologie (FTN)	**534**	**36**	**7 %**
Forfaits d'accueil et de traitement des urgences (ATU)	**294**	**294**	**100 %**
Forfait de sécurité et environnement hospitalier (SE)	**55**	**Ns**	**-**
Dispositifs médicaux	**19**	**Ns**	**-**
Forfaits alternatives à la dialyse en centre	**3**	**-**	**-**
Forfait prestation intermédiaire	**1**	**-**	**-**
Total	**4 157**	**1 140**	**27 %**

Source : Cour des comptes, d'après ATIH (Ovalide).

Au cours de la période examinée, l'augmentation des dépenses d'assurance maladie relative aux ACE a nettement dépassé celle des postes comparables de soins de ville en moyenne annuelle : +6,1 % contre +3 % pour les consultations et les actes techniques médicaux ; +4,1 % contre +1 % pour les actes de biologie. Les dépenses de soins médicaux et d'analyses biologiques se déportent ainsi de manière croissante vers l'hôpital, en dehors même des urgences (qui représentent une part stable de 27 % des dépenses entre 2013 et 2017).

2 - Des facteurs d'évolution mal cernés

Au-delà d'une facturation plus exhaustive à l'assurance maladie liée à la mise en œuvre de nouvelles modalités de facturation[395], plusieurs facteurs d'augmentation globale des dépenses liées aux ACE, en dehors des urgences, peuvent être identifiés, sans toutefois que leurs impacts individuels soient chiffrés.

[395] Facturation individuelle des établissements de santé ou FIDES (voir *infra*).

À l'instar de la croissance tendancielle des soins de ville[396], l'augmentation de l'activité externe est probablement pour partie portée par le vieillissement de la population et par l'extension des maladies chroniques et polypathologiques qui l'accompagne.

L'éventualité d'un déport de l'activité de la ville vers l'hôpital pour pallier une offre en médecine de spécialité insuffisante ou trop onéreuse est plus discutée. Les rares études disponibles invitent en effet à une analyse nuancée. Une étude de la DREES[397] a notamment montré qu'en 2015, en moyenne, l'offre de consultations externes de spécialité rapportée au nombre d'habitants était d'autant plus élevée que l'offre de consultations libérales était forte.

S'agissant de l'impact éventuel du virage ambulatoire[398], le caractère fruste de la description médicale des actes facturés par les établissements de santé (seule la spécialité médicale du professionnel est indiquée) ne permet pas d'apprécier la part de la hausse des dépenses imputable à leur substitution à des hospitalisations de jour. De même, les consultations ne peuvent être distinguées en fonction de leur objet (diagnostic, suivi de routine, suivi de cas complexes[399]…).

Pour une part enfin, les évolutions différenciées qui peuvent être observées entre les différents postes de dépenses traduisent l'incidence de changements de tarifs et de règles de prise en charge.

Ainsi, l'évolution des dépenses liées à la NGAP et à la CCAM reflète pour partie l'incidence des créations et modifications de cotations d'actes effectuées par la convention médicale de 2016.

---

[396] Selon le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2018, le sous-objectif soins de ville de l'ONDAM aurait connu une augmentation spontanée (avant économies et revalorisations) de 18 955 M€ entre 2010 et 2017, soit +25,4 % au total et +3,3 % de hausse annuelle moyenne.

[397] Dossier statistique de la DREES associé à l'avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie du 22 juin 2017 « Médecine spécialisée et second recours ».

[398] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018*, chapitre V Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital, p. 169-202, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

[399] À compter de 2017 ont été créées dans la NGAP des cotations particulières pour les consultations médicales dites complexes et très complexes.

Par ailleurs, les dépenses liées aux forfaits techniques d'imagerie (FTN), dont la progression était particulièrement élevée, décélèrent en 2017, sous l'effet de mesures tarifaires prises par l'assurance maladie[400].

Tableau n° 36 : évolution des dépenses d'assurance maladie liées aux quatre principaux postes d'ACE (2013-2017)

	2014/2013	2015/2014	2016/2015	2017/2016	Var. annuelle moyenne
NGAP	+3,9 %	+4,5 %	+3,1 %	+2,9 %	+3,6 %
CCAM	+4,3 %	+9,6 %	+7,9 %	+2,3 %	+6,0 %
FTN[401]	+3,0 %	+11,3 %	+12,6 %	+4,2 %	+7,7 %
ATU	+3,5 %	+2,2 %	-5,1 %	+1,3 %	+0,4 %
Total ACE	**+4,0 %**	**+6,8 %**	**+5,4 %**	**+2,9 %**	**+4,8 %**

Champ : hors dialyse et IVG.
Source : ATIH.

De la même façon, les dépenses d'assurance maladie liées aux ATU, qui ressortent en forte baisse entre 2015 et 2016, ont été affectées en réalité par une réduction de leur taux de remboursement[402]. Le montant remboursé par l'assurance maladie a ainsi baissé, alors même que le nombre de passages et la dépense globale (tous financeurs confondus) continuaient à augmenter à un rythme rapide.

Tableau n° 37 : évolution comparée du nombre de passages aux urgences et des dépenses liées au forfait ATU (2013-2017)

	2013	2014	2015	2016	2017	Var. annuelle moyenne
Nombre de passages facturés (en millions)	11,9	12,4	12,9	13,5	13,6	+3,4 %
Total des dépenses (en M€)	308,1	318,7	333,0	346,5	350,5	+3,3 %
Part des dépenses remboursées par l'assurance maladie (en M€)	289,6	299,6	306,1	290,5	294,4	+0,4 %

Source : ATIH (Ovalide).

[400] Baisse de tarifs des scanners et IRM, création d'un tarif pour les TEP (tomographie par émission de positions) et TEP/SCAN amortis au-delà de 7 ans, évolution des seuils d'activité de référence.
[401] FTN : Forfait technique scanner ou IRM.
[402] Depuis octobre 2015, une participation de 20 % est demandée aux assurés au titre des forfaits ATU.

B - Une activité globalement déficitaire pour les établissements et insuffisamment pilotée

1 - Une activité déséquilibrée sur le plan financier

Le financement des actes et consultations externes repose sur des classifications dont la Cour a souligné les limites de portée générale[403] : complexité croissante de la NGAP, difficulté à réviser à la baisse les tarifs de la CCAM, procédure trop lourde d'actualisation de la classification et retards significatifs à la prise en compte de l'innovation thérapeutique.

Ces classifications résultent exclusivement de négociations conventionnelles entre les représentants des professions libérales de santé et l'assurance maladie, auxquelles les représentants hospitaliers et la direction générale de l'offre de soins ne sont pas associés. Elles ne tiennent pas compte des coûts de production des ACE par les hôpitaux publics et privés non lucratifs. De surcroît, certaines majorations facturables par les médecins libéraux ne pouvaient, jusqu'à récemment, être facturées par les établissements ; un arrêté du 28 juin 2019 étend quatre majorations aux ACE (notamment la majoration pour personne âgée et la majoration du médecin spécialiste)[404]. À l'inverse, divers forfaits de rémunération propres à l'hôpital[405], visant notamment à compléter la valorisation des ACE, ne s'appliquent pas à la médecine de ville.

L'activité d'ACE est réputée par nature déficitaire pour les établissements qui la pratiquent, y compris après prise en compte des forfaits précités. En effet, elle engage des ressources hospitalières, humaines, médicotechniques ou autres, pour réaliser des actes rémunérés au même tarif qu'un praticien de ville, voire à un niveau inférieur.

---

[403] Cour des comptes, *Rapport public thématique,* L'avenir de l'assurance maladie : assurer l'efficience des dépenses, responsabiliser les acteurs, La Documentation française, novembre 2017, 287 p., disponible sur www.ccomptes.fr ; Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018*, chapitre V Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital, p. 169-202, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

[404] Soit 50 M€ de dépenses supplémentaires pour l'assurance maladie en année pleine.

[405] Il s'agit notamment du forfait d'accueil et de traitement des urgences (ATU) et du forfait de sécurité et environnement hospitalier (SE), soit 294 M€ et 55 M€ de dépenses en 2017. Le forfait de sécurité et environnement hospitalier a pour objet de couvrir les dépenses résultant de soins non suivis d'une hospitalisation, mais nécessitant la mise à disposition de moyens techniques propres à ce mode de prise en charge.

En raison de la faiblesse de leurs outils de comptabilité analytique et du manque de fiabilité des données recueillies, la plupart des établissements contrôlés ont éprouvé des difficultés à documenter cet aspect de l'enquête des juridictions financières.

Les données recueillies tendent cependant à confirmer la perception commune, d'un écart significatif[406] entre les recettes retirées des ACE et les charges consacrées à leur réalisation.

De fait, l'enjeu financier propre aux ACE demeure négligé par certains hôpitaux, avec pour conséquences possibles une sous-facturation des actes et consultations effectués ou l'insuffisance des actions visant à optimiser les recettes et les coûts.

Des pistes de réduction des coûts dans l'organisation des consultations externes hospitalières en Auvergne-Rhône-Alpes

L'analyse comparée effectuée par l'ARS d'Auvergne-Rhône-Alpes sur 33 établissements de santé, essentiellement publics, souligne les marges de progrès de certaines organisations hospitalières. Ainsi, l'amplitude des horaires d'ouverture des salles polyvalentes ou spécialisées dans lesquelles ont lieu les consultations est réduite : la durée moyenne d'ouverture est de l'ordre de 12 heures par semaine, soit moins de 3 heures par jour. Le nombre moyen de consultations réalisées par plage d'une heure varie, toutes spécialités confondues, de 1,7 à 3,5 selon les établissements. Alors qu'en moyenne 8 % des rendez-vous sont annulés à la dernière minute dans les établissements de santé, seules deux équipes sur trois s'efforcent de compenser ces annulations, en intégrant les urgences, en rappelant les patients en attente ou en pratiquant du « surbooking ».

Si l'équilibre financier paraît difficilement atteignable en l'état - les tarifs étant fixés en fonction d'un cadre d'activité non comparable -, il apparaît néanmoins essentiel que les établissements de santé se dotent d'outils adéquats d'analyse de leur activité d'ACE et identifient les leviers à même de leur permettre de s'en approcher.

[406] En 2012, la DREES a mis en évidence un effet négatif des consultations externes sur la marge d'exploitation des hôpitaux publics sur la période 2005-2009 (EVAIN, Franck, YILMAZ, Engin, Les déterminants de la rentabilité des établissements de santé, *Panorama des établissements de santé*, 2012). Selon la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP), les établissements privés non lucratifs, même très bien organisés, seraient déficitaires de 40 à 50 % sur les consultations médicales externes.

2 - Une implication encore limitée des établissements

De la même façon, les enjeux stratégiques et organisationnels des ACE sont encore souvent négligés.

Les données nationales de synthèse de l'utilisation par les établissements de santé de l'outil « macrodiagnostic » mis à leur disposition par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (ANAP) font en effet apparaître une faible maturité de l'organisation des consultations externes par rapport aux autres secteurs hospitaliers. Le pilotage opérationnel est encore peu formalisé et médicalisé. De bonnes pratiques (adoption d'une charte de fonctionnement, identification d'un médecin coordonnateur ou référent, mise en œuvre d'un « conseil des consultations ») peuvent être relevées, mais restent peu répandues[407]. Le secteur des ACE concentre souvent des personnels en reclassement professionnel, sans stratégie préétablie de gestion des compétences.

Faute de données, les établissements contrôlés éprouvent des difficultés à situer leur offre dans le cadre plus général d'une analyse territoriale, contrairement à celle d'hospitalisation. Fréquemment, l'ouverture de nouvelles consultations avancées[408] par ces établissements ne comporte pas de justification explicite et ne s'appuie pas sur une analyse préalable de l'offre de soins disponible.

De manière générale, les ACE sont un enjeu peu pris en compte par les établissements contrôlés, qu'il s'agisse de la stratégie à déployer, du suivi de l'activité ou de l'information du public.

[407] De telles instances de pilotage dédiées à l'activité externe ne sont certes pas obligatoires ; elles traduisent néanmoins une approche plus aboutie de l'activité.
[408] Les « consultations avancées » sont des consultations réalisées par des praticiens d'un établissement de santé (établissement employeur) dans un autre établissement de santé.

Une visibilité réduite des ACE dans les hôpitaux contrôlés

Si tel est parfois le cas (CHU de Dijon et de Lille[409]), le projet d'établissement ne comporte généralement pas de développements sur les ACE (CHU de La Réunion, centres hospitaliers de Niort et de la Côte basque) ou une mention très générale, sans objectif précis (centres hospitaliers de Calais, de La Ferté-Bernard et de Guise)[410].

En dehors de quelques exceptions (comme le CHU de Caen), les outils de suivi de l'activité externe sont limités. Ainsi, quelques établissements seulement (CHU de Caen et de Lille, centre hospitalier de Dole) suivent la provenance des patients (adressage par un médecin libéral ou hospitalier, passage par les urgences ou rendez-vous spontané[411]). En outre, le nombre de premières consultations n'est généralement pas recensé alors que cet indicateur est utile pour analyser la dynamique de l'activité.

Sauf exception, les établissements ont développé des actions de communication, pas nécessairement propres aux ACE, en direction des professionnels libéraux de santé (documentation, réunions, pages internet dédiées). Parfois, des lignes directes permettent aux médecins de ville de contacter directement un confrère spécialiste de l'établissement (centres hospitaliers de la Côte basque[412], de Dole et de Niort). En revanche, l'information disponible sur les sites internet des établissements pour les patients est parfois incomplète ou très générale (CHU de Lille, centres hospitaliers de La Ferté Bernard et de Moulins-Yzeure) ; les établissements de Dole et de Saint-Brieuc[413] qui ont mis en place une communication globale sur les ACE font exception à ce constat.

[409] Le projet d'établissement 2018-2022, le schéma directeur ambulatoire et le plan de retour à l'équilibre énoncent des orientations en matière d'ACE. Néanmoins, aucun document ne formalise l'ensemble des consultations proposées, leur fréquence, les moyens qui leur sont affectés ou le détail des actes effectués.

[410] Depuis l'automne 2017, le CHU de Caen déploie un plan global d'optimisation de l'activité d'ACE. Néanmoins, il n'a plus de projet d'établissement depuis 2012, en contravention avec les articles L. 6143-1 et L. 6143-2 du code de la santé publique.

[411] 53 % des consultants au CHU de Caen sont adressés par un médecin de ville et près d'un tiers au CHU de Lille (contre près de 40 % par un praticien du CHU et 15 % par la propre initiative des patients). Au centre hospitalier de Dôle, 60 % des patients indiquent en revanche être venus de leur propre chef ; seuls 22 % indiquent avoir été adressés par un médecin extérieur et 16 % par le service des urgences.

[412] Le médecin traitant peut ainsi obtenir un avis médical, programmer une consultation urgente et organiser une hospitalisation rapide sans passage du patient par les urgences.

[413] Comportant le recours à un réseau social et des vidéos sur les parcours de soins (cancer du sein, thorax, chirurgie pédiatrique, maternité).

3 - Une méconnaissance persistante par le ministère de la santé

Les ACE sont par ailleurs un pan de l'activité hospitalière peu analysé par le ministère de la santé.

Au niveau national, la place de l'offre hospitalière en consultations médicales par rapport à l'offre libérale en ville et les motivations des patients qui s'adressent à l'hôpital (absence d'offre en ville ou d'offre de secteur 1 sans dépassement tarifaire, proximité du plateau technique, etc.) ne pas sont étudiées. Si les délais de rendez-vous dans certaines spécialités tenues pour problématiques[414] sont recueillis dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), ces informations restent inexploitées.

L'activité externe des hôpitaux publics et privés non lucratifs n'est pas soumise en tant que telle à une procédure d'autorisation préalable par les ARS[415]. Sauf exception, les ARS n'analysent pas l'activité externe des hôpitaux publics placés sous leur tutelle. Plusieurs projets régionaux de santé adoptés en 2018 ne mentionnent tout simplement pas - ou bien de manière anecdotique - les ACE (par exemple, Hauts-de-France, La Réunion, Nouvelle-Aquitaine et Pays de la Loire).

Par ailleurs, la situation des consultations avancées dans d'autres établissements de santé et les dépenses afférentes sont très mal connues des ARS interrogées, voire parfois des établissements eux-mêmes.

L'amélioration du pilotage de l'activité externe par le ministère de la santé appelle le rassemblement et l'analyse de données dispersées entre plusieurs « producteurs » (ATIH, DREES, CNAM), voire la constitution de bases de données *ad hoc*, qui pourraient ensuite être interrogées par les ARS et les établissements eux-mêmes.

II - Au-delà d'indispensables progrès de gestion, un rôle à mieux définir dans l'offre de soins

Les actes et consultations externes sont une catégorie peu analysée et suivie de l'activité de soins. Des démarches d'efficience doivent être engagées ou renforcées afin d'améliorer l'organisation de cette activité dans les établissements concernés et fiabiliser son financement. Pour indispensables qu'ils soient, ces progrès de gestion n'épuisent cependant pas les évolutions ayant vocation à être apportées à l'activité externe des hôpitaux publics. Alors que le ministère de la santé n'a fixé à ce jour que

[414] Endocrinologie, neurologie, pédiatrie et ophtalmologie.

[415] Ce sont les activités de soins qui font l'objet d'une autorisation de l'ARS, la consultation externe n'étant qu'une modalité d'exercice de ces activités.

très peu d'orientations les concernant, il convient que les ACE soient partie prenante aux évolutions en cours qui visent à réorganiser les soins médicaux dans le cadre territorial et à améliorer l'accès aux soins.

A - Des innovations organisationnelles à diffuser

Des démarches d'amélioration de l'organisation de l'activité externe ont pu être relevées lors des contrôles d'établissements de santé. Plusieurs leviers à la disposition des établissements ou des ARS peuvent permettre d'en étendre la diffusion : les outils d'évaluation conçus par l'ANAP à l'attention des établissements qui intéressent les consultations externes[416] ; le dialogue de gestion, voire le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens - CPOM - conclu par les ARS avec chaque établissement public, qui devraient prendre en compte plus systématiquement les ACE.

1 - Les réorganisations spatiales

Selon l'ANAP, il est délicat d'identifier un modèle d'organisation des activités externes plus performant. Leur regroupement sur un même site géographique peut présenter des avantages (mutualisation des ressources, continuité de service grâce à la polyvalence des personnels, complémentarité des expertises) ; *a contrario*, le maintien d'activités externes à proximité de l'hospitalisation évite des déplacements aux médecins et conforte les compétences spécialisées des soignants.

Dans la pratique, la grande majorité des établissements contrôlés (16 sur 18) a cherché à rationaliser l'organisation spatiale de l'activité externe par des regroupements partiels ou complets de celle-ci dans des lieux distincts de ceux consacrés à l'hospitalisation.

Un regroupement physique de l'activité externe souvent engagé

L'organisation spatiale des consultations externes peut être soit dispersée, soit rassemblée sur un même lieu, soit à mi-chemin de ces deux organisations. Dans ce dernier cas, le regroupement partiel de l'activité externe, parfois limité à quelques spécialités, fait perdurer plusieurs plateaux répartis sur différents étages ou pavillons, par ensemble de spécialités (CHU de La Réunion et de Lille, centres hospitaliers de Bagnols-sur-Cèze et de Soissons). À titre d'illustration, au centre hospitalier de Moulins-Yzeure, malgré le regroupement d'une partie des consultations, demeurent encore 23 points distincts de consultations de médecine, chirurgie et obstétrique dans l'établissement.

[416] Organisation des consultations externes, secrétariats médicaux et chaîne accueil-facturation-recouvrement.

Le regroupement total de l'ensemble des activités externes sur un seul site, qui concerne six établissements parmi ceux contrôlés (centres hospitaliers de Calais, de Compiègne-Noyon pour le site de Noyon, de la Côte basque, de Guise, de La Ferté-Bernard et de Saint-Brieuc), s'accompagne le plus souvent de la mise en place d'un secrétariat mutualisé et d'un secteur d'admission spécifique. L'unité est alors généralement supervisée par un cadre soignant à temps complet ou partiel.

2 - L'amélioration du circuit du patient

Dans les établissements contrôlés, le circuit du patient externe[417] est encore rarement organisé dans l'ensemble de ses aspects. Plusieurs améliorations ont vocation à lui être apportées.

Ainsi, alors qu'elle se développe en hospitalisation complète ou ambulatoire, la pratique de la préadmission[418] reste peu répandue ; le dossier peut toutefois être constitué en ligne au CHU de Caen ou au centre hospitalier de la Côte basque.

Par ailleurs, l'analyse comparative effectuée par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes sur 33 établissements en 2017 a notamment souligné la difficulté pour les patients et les médecins de ville à joindre les services hospitaliers : plus de 30 % des points de consultations étaient difficilement joignables par téléphone et 46 % des appels n'étaient pas décrochés. De même, les établissements se mobilisaient encore peu, en 2017, pour réduire la proportion de rendez-vous annulés à la dernière minute : seuls 37 % des points de consultation en effectuaient le rappel par SMS.

La mise en place de centres d'appels et de plateformes en ligne peut notablement améliorer la prise de rendez-vous. Ainsi, la prise de rendez-vous en ligne est pratiquée dans le centre hospitalier de Pontoise et dans le service de gynécologie-obstétrique des centres hospitaliers de la Côte basque et de Saint-Brieuc et est par ailleurs envisagée pour certaines spécialités au CHU de Lille, qui compte 125 numéros d'appel distincts. Cette solution peut permettre de réduire les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous, le temps de gestion des secrétariats médicaux et le nombre de rendez-vous non honorés. Au-delà, elle peut contribuer à remettre à plat l'offre de consultations externes et les tâches de gestion qui s'y rapportent.

[417] Ce circuit comprend une succession d'étapes : accueil administratif, accueil médical, attente, consultation, reprise de rendez-vous ou programmation d'examens complémentaires, paiement, envoi du compte rendu.

[418] Il s'agit de la constitution préalable du dossier administratif avant la venue du patient, qui permet un gain de temps à l'accueil le jour de la consultation.

Le retour rapide d'information vers le médecin traitant est en outre crucial. Si le centre hospitalier de Dole a étendu à l'activité externe la « lettre de liaison » prévue pour l'hospitalisation qui doit être transmise au médecin traitant le jour de la sortie du patient, cette pratique est encore très peu répandue.

Enfin, dans un quart des établissements contrôlés, des « circuits courts »[419] ont été créés dans les services d'urgences hospitalières, dans un contexte où environ 20 % des patients actuels des urgences hospitalières devraient être pris en charge par la médecine de ville, et non à l'hôpital[420]. Comme la Cour l'a recommandé, la généralisation de « circuits courts » traitant de cas légers, ainsi que de filières d'admission directe dans les services hospitaliers compétents, sans passage par les urgences, notamment pour les personnes âgées, permettrait de fluidifier les parcours de soins des patients et d'améliorer la qualité de leur prise en charge.

3 - L'utilisation de la télémédecine

La Cour avait relevé, en 2017, l'intérêt de la télémédecine pour les territoires peu peuplés ou éloignés de plateaux techniques spécialisés, mais aussi le caractère encore embryonnaire de son développement. Afin de favoriser ce dernier, elle préconisait la mise en œuvre d'une stratégie globale, qui lève l'ensemble des obstacles techniques, juridiques et tarifaires à son essor dans un cadre de droit commun, au-delà des expérimentations locales jusque-là pratiquées[421].

Depuis lors, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a fait entrer la téléconsultation et la télé-expertise dans le droit commun conventionnel, en autorisant l'assurance maladie et les professionnels de santé à définir les tarifs et modalités de réalisation des actes concernés. Pour l'application de ces dispositions, l'avenant n° 6 à la convention médicale de 2016 offre un cadre propice à l'essor de l'activité externe à

[419] À l'accueil des urgences, un infirmier reçoit les patients et, lorsque leur état de santé ne requiert pas de soins urgents, les oriente vers des consultations réalisées par des généralistes salariés par l'hôpital.

[420] Cour des comptes, *Rapport public annuel 2019*, Tome II, Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités, p. 211-239, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

[421] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2017*, chapitre VII La télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre, p. 297-330, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

distance[422]. Pour sa part, la télésurveillance doit encore donner lieu à des expérimentations nationales, jusqu'en 2022 au plus tard.

Des solutions de télémédecine ont commencé à être déployées dans plusieurs des établissements de santé contrôlés.

Un développement de la télémédecine amorcé dans les établissements contrôlés

La téléconsultation est la modalité la plus répandue, par exemple pour des consultations à distance des plaies et cicatrisations des patients du centre hospitalier de Paimpol par celui de Saint-Brieuc, pour des patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive au centre hospitalier de Moulins-Yzeure, par les médecins urgentistes du SAMU au CHU de La Réunion ou pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (télé-AVC) au CHU de Lille. Plusieurs établissements envisagent par ailleurs de développer des téléconsultations avec des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). De manière plus ponctuelle, des modalités de télésurveillance sont mises en œuvre, par exemple par les centres hospitaliers de Niort et de Saint-Brieuc dans le domaine de la cardiologie.

B - Des modalités de financement à fiabiliser

Les chantiers visant à fiabiliser la facturation des ACE à l'assurance maladie et le recouvrement des créances qui leur sont liées auprès des assurances maladie complémentaires et des patients doivent être menés à terme. Au-delà, la fiabilisation du financement des ACE par l'assurance maladie est tributaire d'une clarification et d'une meilleure application des règles de facturation elles-mêmes.

1 - Une facturation directe à l'assurance maladie désormais en voie de généralisation pour la seule activité externe

Historiquement, le financement par l'assurance maladie des séjours et ACE liés à l'activité de MCO des établissements publics et privés non

[422] Cour des comptes, *Rapport public annuel 2019*, Tome II, Le suivi des recommandations de la Cour en 2018, Des exemples de recommandations en cours de mise en œuvre, La télémédecine, p. 380, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

lucratifs de santé est assuré par la voie de dotations des ARS qui valorisent les activités déclarées par ces établissements, sans que soient détectées, ni corrigées d'éventuelles incohérences[423].

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie avait prévu le passage à une facturation directe en 2009, à l'instar des établissements privés lucratifs et des professionnels libéraux de santé.

Après de multiples retards, la facturation individuelle (FIDES) des ACE est désormais acquise ou en voie de l'être[424]. Elle doit permettre à l'assurance maladie et aux établissements de santé concernés d'effectuer d'importants progrès de gestion au titre de ce segment d'activité.

Les progrès permis par la facturation directe des ACE

Avant la facturation directe des frais de santé dans le cadre de la FIDES, la vérification par l'assurance maladie de la régularité des sommes qui lui sont facturées reposait exclusivement sur des contrôles *a posteriori* visant des échantillons restreints d'opérations. En permettant la mise en œuvre de contrôles automatisés *a priori*, la facturation directe élargit le périmètre des anomalies susceptibles d'être détectées.

Dans les établissements de santé concernés, la mise en œuvre de la FIDES a par ailleurs permis des progrès sur l'ensemble de la chaîne de facturation-recouvrement, portant sur le recueil des ACE effectués et le recouvrement des recettes correspondantes. En particulier, le taux moyen de rejet (en volume de factures) a diminué progressivement depuis la mise en place de la FIDES (il s'établissait à l'automne 2018 à 3,5 %[425]), tandis que le respect par l'assurance maladie des délais de règlement (compte tenu d'un règlement en moyenne à six jours au regard d'un engagement de règlement à 12 jours) a des effets positifs sur la trésorerie des établissements.

[423] Dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

[424] Début 2019, le déploiement de FIDES ACE était effectif dans tous les établissements, à l'exception de l'AP-HP et de certains établissements ultramarins. Toutes les recettes d'ACE ne transitent toutefois pas encore par FIDES ACE : les activités dites « à forfait », soit environ 1,2 Md€ en 2017, ne seront intégrées qu'au 1er mars 2020.

[425] Avant le projet FIDES, 15 % à 20 % des factures étaient rejetées sur un périmètre étroit de facturation directe (rétrocession de médicaments par les pharmacies hospitalières, soins délivrés aux titulaires de la CMU-C ou de l'AME).

La FIDES a nécessité un important effort de professionnalisation des personnels hospitaliers, l'adaptation des outils informatiques et, parfois, des réorganisations internes du service de facturation. Globalement, dans les établissements contrôlés, une amélioration de la maîtrise, par les agents et les éditeurs de logiciels, des règles et du processus de facturation peut être constatée, malgré des difficultés d'adaptation.

Des marges de progrès subsistent toutefois. Sur une année glissante (de septembre 2017 à août 2018), les factures des établissements rejetées atteignaient encore près de 344 M€ au plan national. Ces rejets sont essentiellement dus au non-respect de la réglementation ou à un défaut d'actualisation de la situation médico-administrative de l'assuré. À cet égard, l'actualisation des droits des patients à l'assurance maladie sera facilitée par l'outil de Consultation des DRoits intégrée (CDRi), encore déployé dans moins de 200 établissements.

Ainsi, la facturation directe des ACE à l'assurance maladie est de nature à améliorer l'exhaustivité et l'exactitude des sommes que verse l'assurance maladie aux établissements publics et privés non lucratifs à ce titre. Néanmoins, les contrôles automatisés que met en œuvre l'assurance maladie sur les factures qui lui sont adressées couvrent un périmètre étroit d'anomalies, qui devrait être étendu[426]. Le principal enjeu financier reste quant à lui à traiter : la mise en œuvre d'une facturation directe à l'assurance maladie des séjours hospitaliers, dernièrement[427] différée au 1er mars 2022, soit plus de 13 années après l'échéance initialement fixée.

2 - Un recouvrement des parts à la charge des complémentaires santé et des patients encore à fiabiliser

La facturation de la part des assurances maladie complémentaires (AMC) et le recouvrement de la part restant à la charge des patients comportent d'autres marges de progrès.

La facturation aux AMC, qui s'appuie essentiellement sur des échanges papiers, est chronophage pour les équipes hospitalières (identification de l'organisme couvrant le patient, identification de l'opérateur qui prend en charge les traitements pour le compte de ce dernier, difficultés de recouvrement, etc.).

[426] Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale, exercice 2017*, p. 25-26, La Documentation française, mai 2018, 132 p., disponible sur www.ccomptes.fr.
[427] Par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Surtout, selon la direction générale des finances publiques, la part patient non recouvrée au bout d'un an s'élevait, en 2017, à 550 M€ au titre des séjours et des ACE (soit 3 % de la facturation hospitalière). Dans la plupart des établissements contrôlés, l'éloignement des régies des espaces de consultations est peu propice au paiement de son reste à charge par le patient qui quitte directement l'établissement après les soins. À cet égard, les montants encaissés en régie[428] sont réduits par rapport aux sommes facturées aux patients au titre des ACE (8 % au centre hospitalier de Compiègne-Noyon, 5,2 % à celui de La Ferté-Bernard, 3,6 % à celui de Niort, 1,2 % au CHU de Caen, 0,3 % au centre hospitalier de Soissons).

Deux projets portés par le ministère de la santé visent à améliorer le recouvrement de cette partie des recettes et à simplifier le parcours administratif du patient. Le projet ROC (Remboursement des Organismes Complémentaires), en cours d'expérimentation, devrait aboutir à la dématérialisation complète de la chaîne de facturation-recouvrement et se traduire par des gains d'efficience analogues à ceux observés au titre de la FIDES. Quant au projet DIAPASON (Débit Intervenant Après le PArcours des SOiNs) également expérimenté, il devrait permettre de débiter automatiquement le reste à charge sur le compte bancaire du patient. Il convient que ces projets soient menés à terme.

3 - Des règles de tarification à clarifier et à mieux respecter

Au-delà des modalités techniques de facturation, la fiabilisation des sommes versées aux établissements de santé au titre des ACE par l'assurance maladie et, avec des enjeux plus limités, les assurances maladies complémentaires et les patients, se heurte à une difficulté de fond : le caractère imparfaitement assuré de la distinction entre les ACE et les séjours hospitaliers de jour en médecine.

Longtemps différée[429], la révision par le ministère de la santé de la « circulaire frontière », qui a pour objet de préciser dans quels cas une prise en charge de jour doit donner lieu à la facturation de séjours ou d'ACE, a été engagée en 2019. Dans l'attente, les contrôles sur les séjours de médecine facturés à l'assurance maladie ont été suspendus. Dans ce contexte, les hôpitaux utilisent peu le « forfait prestation intermédiaire », créé en 2017, pour appliquer à certaines pathologies un niveau intermédiaire de rémunération entre ACE et séjours hospitaliers.

[428] La régie est une « caisse » de l'hôpital auprès de laquelle le patient peut procéder au règlement des frais hospitaliers restant à sa charge.
[429] La circulaire, qui date de 2010, n'a pas été actualisée depuis lors.

Une mise en œuvre limitée du forfait prestation intermédiaire

Au 1er mars 2017, un forfait prestation intermédiaire (FPI) a été créé afin de financer pour certaines pathologies des consultations pluridisciplinaires ou pluri-professionnelles[430]. En effet, les coûts liés à ces prises en charge étaient imparfaitement couverts par les tarifs des ACE, ce qui pouvait inciter les hôpitaux à pratiquer ou à facturer des hospitalisations de jour ou avec nuitée, plus rémunératrices. En 2018, l'assurance maladie a remboursé uniquement 5,1 M€ à ce titre ; seuls 23 des 30 CHU ont émis des factures à ce titre.

En complément de la révision de la circulaire « frontière », l'instauration d'un dispositif de rescrit tarifaire sur l'éligibilité ou non de tel type précis de prise en charge à l'application d'un tarif d'hospitalisation de jour contribuerait à sécuriser les pratiques de facturation des établissements et à prévenir des contentieux ultérieurs.

L'objectif d'une sécurisation accrue des pratiques de facturation des établissements appelle aussi un investissement plus important de leurs départements de l'information médicale (DIM) dans le codage des ACE, aujourd'hui en retrait par rapport à celui observable pour les séjours.

Une implication insuffisante des DIM dans le codage des ACE

En contradiction avec la réglementation, le codage est souvent confié à des personnels non médicaux, en particulier des assistants médico-administratifs, par délégation du praticien (centre hospitalier de Soissons) ou en alternance avec le médecin (CHU de Dijon et centres hospitaliers de Moulins-Yzeure, Niort et Pontoise).

Pour corriger les défauts du codage initial, les établissements ont parfois recours à des cabinets spécialisés. En général, leur intervention se traduit par la récupération de recettes notables (943 k€ entre 2015 et 2016 au CHU de Dijon, 490 k€ entre 2012 et 2017 au centre hospitalier de Bagnols-sur-Cèze, 103 k€ en 2017 à celui de Saint-Brieuc, 102 k€ en 2016 à celui de Soissons).

[430] Il s'agit de prises en charge impliquant la mobilisation coordonnée de plusieurs professionnels médicaux et paramédicaux ou socio-éducatifs ainsi qu'un temps de synthèse médicale, sans pour autant nécessiter une hospitalisation, conventionnelle ou de jour, ni le recours à un plateau technique.

Dans les établissements contrôlés, les conditions de rémunération des prestataires de service qui concourent à optimiser les recettes d'ACE n'ont pas appelé, en l'espèce, d'observations. Un renforcement des compétences internes[431] des établissements en matière de codage et de vérification de l'exhaustivité et de l'exactitude des ACE facturés à l'assurance maladie apparaît néanmoins nécessaire.

C - Une place à préciser en fonction des enjeux d'accès aux soins et d'efficience des organisations hospitalières

En l'absence de prise en compte de cette composante de l'activité hospitalière dans l'exercice de leurs missions par les ARS, l'offre d'actes et de consultations externes des établissements de santé publics et privés non lucratifs procède aujourd'hui pour l'essentiel de considérations internes aux établissements concernés.

Ces considérations sont souvent motivées par la perception d'une fonction de « recrutement » de patients par les ACE en vue de futures hospitalisations dans le même établissement. Cette fonction peut être observée, sans que sa portée doive être surestimée (voir encadré *infra*).

Néanmoins, les évolutions à apporter à l'offre d'ACE ne peuvent être envisagées du seul point de vue individuel des établissements de santé. Elles doivent également prendre en compte les contributions souhaitables de l'offre d'ACE à la recomposition territoriale de l'offre de soins hospitaliers et à l'accès aux soins au niveau des territoires, de manière complémentaire à la médecine libérale.

[431] La Cour a récemment souligné les écueils d'un recours mal maîtrisé aux consultants, qui appauvrit les compétences internes des établissements publics de santé, et recommandé que ces derniers utilisent en priorité leurs propres ressources ou celles des GHT, en matière d'expertise et de conseil de gestion (référé du 23 avril 2018 à la ministre des solidarités et de la santé sur « Le recours aux marchés publics de consultants par les établissements publics de santé », disponible sur www.ccomptes.fr).

Une mesure de l'effet de « recrutement » de patients par les ACE

À la demande de la Cour, l'ATIH a identifié, dans l'ensemble des séjours chirurgicaux hospitaliers de 2017, ceux qui ont été précédés d'une consultation dans le même établissement au cours des 12 mois précédents[432].

Alors que 16,9 millions de patients ont fréquenté les consultations externes (hors urgences) en 2016[433], seuls 3 millions de patients ont eu un séjour hospitalier précédé d'une consultation dans le même établissement. L'effet de filière entre consultation externe et hospitalisation ne concernerait ainsi que 18 % des consultants, sans d'ailleurs que le motif médical du séjour soit nécessairement identique à celui de la consultation.

Ce recueil de données fait par ailleurs apparaître des mouvements croisés entre établissements : pour 1,4 million de patients, la consultation a eu lieu dans un hôpital et le séjour dans un autre établissement de santé, sans que l'on en connaisse les motifs.

1 - Intégrer les ACE aux projets médicaux des groupements hospitaliers de territoire

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a instauré les groupements hospitaliers de territoire (GHT), qui mutualisent de manière obligatoire ou facultative une partie des activités des établissements publics de santé qui leur sont obligatoirement rattachés. La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé étend le périmètre de ces mutualisations à de nouveaux domaines.

Le projet médical partagé des 135 GHT en vigueur doit notamment comprendre les principes d'organisation, au sein de filières de soins, des activités de consultations externes, notamment de consultations avancées[434].

Réalisées par des praticiens d'un établissement de santé dans un autre établissement de santé, ces consultations peuvent permettre d'élargir l'accès aux consultations médicales de spécialité à l'hôpital dans des territoires périphériques ou isolés et d'opérer une gradation de la prise en

[432] À l'exclusion des consultations réalisées dans les services d'urgences et des consultations d'anesthésiste, obligatoires avant une intervention.
[433] Il s'agit du nombre de patients distincts ayant été pris en charge au moins une fois dans un établissement anciennement sous dotation globale de financement (source : ATIH, « chiffres clés de l'activité externe », novembre 2017).
[434] Article R. 6132-3 du code de la santé publique.

charge en établissement en fonction de la complexité de la situation du patient et des soins qui lui sont apportés.

Les apports des consultations avancées entre hôpitaux

Les établissements de santé ont développé des consultations avancées de manière pragmatique, afin d'apporter une expertise médicale spécialisée dans des établissements qui en sont dépourvus. Ainsi, l'activité externe du centre hospitalier de Guise, petit établissement de proximité, repose essentiellement (84 % des vacations médicales) sur l'appui des praticiens de celui de Saint-Quentin, avec lequel il partage une direction commune. De même, l'offre diversifiée du centre hospitalier de La Ferté-Bernard (24 types distincts de consultations) est rendue possible par la mise à disposition de praticiens par celui du Mans.

La mise en place des GHT s'est parfois accompagnée d'un renforcement des consultations avancées. Ainsi, le GHT Cantal met en œuvre des consultations de cardiologie de praticiens du centre hospitalier d'Aurillac vers ceux de Mauriac, de Murat et de Saint-Flour et, de même, en chirurgie vasculaire, vers les centres hospitaliers de Saint-Flour et de Mauriac. Au sein du GHT Navarre-Côte Basque, des praticiens du centre hospitalier de la Côte basque apportent leur expertise dans un grand nombre de spécialités[435] au centre hospitalier de Saint-Palais situé à l'intérieur du Pays Basque, ce qui fait bénéficier en retour le centre hospitalier de la Côte basque d'hospitalisations sur son site de Bayonne. Au sein du GHT Centre Franche-Comté, la réorganisation de la filière chirurgicale comporte la mise en place de consultations avancées au centre hospitalier de Dole par des praticiens du CHU de Besançon, en vue de développer la chirurgie ambulatoire sur le site dolois.

Dans les CHU, qui proposent des consultations de recours très spécialisées, les flux de coopération dépassent souvent le seul cadre du GHT dont ils relèvent. Ainsi, une soixantaine de médecins du CHU de Caen se rendent dans les établissements environnants pour soutenir des équipes en tension ou assurer le bon fonctionnement de filières de soins par spécialité qui renforcent en retour son activité de recours. Seules un quart de ces interventions sont effectuées au sein du GHT. Le CHU de Caen accueille par ailleurs une cinquantaine de médecins d'autres établissements, pour l'essentiel membres du même GHT, en vue de satisfaire des besoins non couverts par ses propres ressources médicales ou de permettre aux praticiens concernés de renforcer leur formation ou de diversifier leur pratique.

[435] Chirurgie du cancer, neurochirurgie, urologie, endocrinologie, gastro-entérologie, gériatrie, gynécologie, pédiatrie, pneumologie, rhumatologie, maladies vasculaires.

Or, à l'heure actuelle, 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.

Les projets médicaux partagés des GHT sont une composante de leurs conventions constitutives soumises à l'approbation des ARS[436]. À cette occasion, les ARS devraient s'assurer que ces projets médicaux comportent 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 - dans les établissements qui en sont membres, dans d'autres établissements ou encore dans des structures de ville[437] partenaires (maisons et centres de santé).

2 - Créer les conditions d'une complémentarité accrue entre l'hôpital et la ville pour les soins médicaux

Comme la Cour l'a souligné, le report d'activités de l'hôpital vers la ville dans le cadre du virage ambulatoire du système de santé est freiné par les obstacles physiques et monétaires à l'accès aux soins et par un défaut d'organisation de la médecine de ville, notamment pour la prise en charge des soins non programmés[438]. Le recours injustifié au plan médical aux actes et consultations externes dans le cadre des urgences hospitalières, qui concerne un passage sur cinq, est l'illustration la plus marquante de l'inadéquation des prises en charge sanitaires entre la ville et l'hôpital[439].

Compte tenu des inégalités qui affectent la répartition géographique de l'offre de soins médicaux en ville, la complémentarité de l'offre hospitalière en consultations médicales par rapport à celle de ville présente un enjeu particulier. 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.

---

[436] Article L. 6132-2 du code de la santé publique.

[437] Ces consultations sont alors désignées sous le terme de consultations hors les murs.

[438] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018*, Chapitre V Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital, p. 169-202, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

[439] Cour des comptes, *Rapport public annuel 2019*, Tome II, Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités, p. 211-239, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Des hôpitaux publics qui assurent des soins médicaux de proximité

Dans certains territoires, les établissements de santé suppléent, de fait, l'insuffisance de l'offre de soins médicaux de ville. Ainsi, le centre hospitalier de Niort pallie la faiblesse de l'offre libérale en odontologie et en dermatologie ; sa consultation de pédiatrie vise prioritairement les enfants qui requièrent un suivi spécifique, tandis que la médecine générale en ville prend en charge le suivi plus conventionnel. Dans un contexte de faible densité médicale[440], le centre hospitalier de Moulins-Yzeure est seul à proposer des consultations de pédiatrie sur son bassin de population. De même, celui de Dole est le seul recours de proximité dans plusieurs disciplines, comme la gynécologie-obstétrique, l'endocrinologie-diabétologie, la néphrologie et certaines spécialisations pédiatriques.

Comme il a été indiqué, les consultations « hors les murs » dans des structures de soins de ville et la télémédecine peuvent permettre d'associer plus étroitement l'hôpital et la ville au bénéfice des patients.

Au-delà, le plan gouvernemental « Ma santé 2022 »[441] prévoit d'associer plus étroitement les offres hospitalières et de ville de soins de proximité, notamment médicaux.

Trois mesures sont prévues à cet effet : la labellisation d'ici à 2022 de 500 à 600 hôpitaux de proximité[442] accueillant dans des proportions variables des praticiens hospitaliers et libéraux ; la création de 400 postes de médecins généralistes à exercice partagé ville/hôpital dans les territoires prioritaires ; la création d'un millier de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) à l'initiative de professionnels de santé, généralement de ville, qui doivent notamment améliorer l'accès aux soins non programmés et réduire ainsi le recours aux urgences hospitalières.

[440] Dans le département de l'Allier, les densités en médecins généralistes (142 médecins pour 100 000 habitants) et spécialistes (136) sont très en retrait par rapport aux densités régionales (158 et 182) et nationales (155 et 185).

[441] Ces orientations ont été traduites dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, ainsi qu'un accord interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé approuvé par un arrêté du 21 août 2019.

[442] Qui pratiqueront des activités de médecine polyvalente, de soins aux personnes âgées, des consultations de spécialités, des consultations non programmées et de soins de suite et de réadaptation. Ils devront disposer d'un plateau technique de biologie et d'imagerie, d'équipes mobiles et d'équipements en télémédecine.

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[443] ne sont pas précisées.

Dans l'exercice de leur nouveau pouvoir d'approbation des projets territoriaux de santé établis par les CPTS, les ARS devraient s'assurer de la prise en charge par ces communautés des soins courants non programmés, ce qui conduirait à alléger le recours aux ACE dans le cadre des urgences. Un autre enjeu concerne la définition formalisée dans le cadre de ces projets de filières de prise en charge des patients qui adressent ces derniers, dans des délais appropriés, des consultations de médecins généralistes en ville à des consultations de médecins spécialistes en ville ou à l'hôpital, préalablement ou non à une hospitalisation.

Dans le cadre de leur dialogue de gestion avec les établissements publics de santé, les ARS devraient par ailleurs encourager le développement de consultations avancées et « hors les murs » d'ACE dans les territoires où l'offre libérale de soins médicaux programmés ou non demeurerait insuffisante. Afin de fonder ces orientations sur des éléments objectifs, il conviendrait que les ARS apprécient, territoire par territoire, le degré d'accès aux soins de ville compte tenu des besoins de prise en charge des patients (qui augmentent avec l'âge), des temps de transport des patients et du niveau d'activité des médecins de ville, et, en regard de ce degré d'accès, l'offre hospitalière d'ACE.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les actes et consultations externes effectués par les établissements publics et privés non lucratifs de santé présentent des enjeux financiers significatifs : 4,2 Md€ de dépenses d'assurance maladie en 2017 ; une croissance des dépenses beaucoup plus rapide que celle des consultations comparables de médecine de ville, en dehors même des urgences ; une activité globalement déséquilibrée au plan financier.

Pour autant, ce pan d'activité est largement méconnu par le ministère de la santé et par les établissements eux-mêmes, comme en

[443] Instaurées par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, les CPTS regroupent des professionnels de santé d'un même territoire sur une base volontaire. Elles auront plusieurs missions obligatoires : actions de prévention, garantie d'accès à un médecin traitant, réalisation de soins non programmés (obtention d'un rendez-vous dans la journée en cas de nécessité, organisation de l'accès à des spécialistes dans des délais admissibles) et maintien à domicile des personnes fragiles.

témoigne l'absence de facteurs explicatifs précis à l'évolution des dépenses d'ACE, de mesure fiable du solde financier de l'activité externe des établissements et de prise en compte de cette dernière dans la définition de la plupart des projets régionaux de santé par les ARS.

D'autres progrès de gestion de l'activité d'actes et de consultations externes sont nécessaires, avec un soutien accru du ministère de la santé. Ainsi, les établissements de santé doivent organiser cette activité de manière plus efficiente afin de mieux en maîtriser les coûts et réduire son déséquilibre financier. Par ailleurs, le prochain achèvement de la mise en place d'une facturation directe, longtemps différée, marque un progrès important pour l'exhaustivité et l'exactitude de la facturation des ACE à l'assurance maladie. Il doit s'accompagner d'une clarification du champ des ACE par rapport à celui des séjours hospitaliers de jour.

Au-delà, les actes et consultations externes ne doivent plus rester à l'écart des orientations stratégiques du ministère de la santé qui visent à réorganiser l'offre de soins, comme c'est le cas aujourd'hui, mais contribuer utilement à leur réalisation, qu'il s'agisse de la gradation des soins hospitaliers dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire ou de l'amélioration de l'accès aux soins dans les territoires insuffisamment dotés en médecine de ville, notamment de spécialité.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

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).*

Chapitre VIII

La politique des greffes :

une chaîne de la greffe fragile

à mieux organiser

PRÉSENTATION

La greffe sauve des vies et contribue à en améliorer d'autres. Lorsqu'il s'agit de transplantation d'organes, elle est le recours ultime en cas de défaillance terminale d'un rein, d'un poumon, du foie, du cœur, du pancréas ou parfois de l'intestin. S'agissant de la moelle osseuse, elle peut prévenir l'évolution fatale de pathologies hématologiques mal maîtrisables autrement. Les prélèvements et greffes de tissus (peau, cornée, os, vaisseaux, valves cardiaques notamment) permettent souvent de remédier à des défaillances cruciales.

Ces résultats médicaux indiscutables se doublent, comme l'avait déjà souligné la Cour[444] en s'appuyant sur les travaux médico-économiques de la Haute Autorité de santé[445], d'un avantage tout aussi certain en termes économiques, du moins lorsqu'une alternative à la greffe existe, comme c'est le cas pour le rein avec la dialyse.

La France, qui été parmi les premiers pays à développer ce type d'interventions, a fait de ce domaine un secteur prioritaire de son action en santé publique, en y affectant des moyens organisationnels et financiers significatifs (337 M€ pour les dépenses hospitalières en 2017).

Ces prémisses pourraient laisser présumer un développement sans difficultés de cette activité. Les résultats sont en réalité plus contrastés. La Cour a souhaité les examiner en détail, à la fois auprès du ministère de la santé et de l'Agence de la biomédecine (ABM), qui a la charge de mettre en œuvre cette politique, et en enquêtant dans plusieurs établissements de santé pratiquant des prélèvements et des greffes[446].

Les efforts substantiels développés par le ministère de la santé, l'ABM et les établissements de santé produisent des résultats significatifs, mais insuffisants à couvrir les besoins de greffe (I). Une action plus large et résolue doit être engagée pour remédier aux faiblesses préoccupantes qui affectent la chaîne de la greffe (II).

---

[444] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2015*, chapitre X L'insuffisance rénale chronique terminale : favoriser des prises en charge plus efficientes, p. 345-378, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

[445] HAS, *Évaluation médico-économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale en France*, octobre 2014.

[446] Aux CHU d'Angers et de Rennes, au centre hospitalier du Havre, à l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille et auprès de l'équipe de coordination des prélèvements du centre hospitalier d'Avignon.

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

Grâce à un cadre favorable à cette activité, le nombre de greffes a fortement augmenté sur la période récente. Toutefois, les transplantations effectuées couvrent une part déclinante des besoins de greffe, qui augmentent plus rapidement. À cet égard, les actions engagées pour accroître les prélèvements produisent des résultats inégaux.

A - Un cadre favorable au développement des greffes

Le développement des greffes prend appui sur un cadre légal propice au prélèvement sur les personnes décédées, une gestion nationale de l'attribution des greffons et d'importants moyens financiers.

1 - Un principe de consentement présumé des personnes décédées

Depuis la loi Caillavet du 22 décembre 1976, qui a posé le principe du consentement présumé au don d'organes des personnes décédées, le régime juridique du prélèvement vise à en favoriser le développement.

Le prélèvement est ainsi autorisé sur le cadavre d'une personne lorsque, de son vivant, elle n'y avait pas fait connaître son opposition.

Afin de remédier à la pénurie de greffons, un amendement parlementaire adopté, après modification, lors de l'examen de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, a prévu que l'opposition ne peut désormais plus être exprimée, avant son décès, que par la seule personne qui serait prélevée.

Les dispositions d'application de la loi prises par le décret du 11 août 2016 relatif aux modalités d'expression du refus de prélèvement d'organes après le décès ont interprété cette règle avec souplesse. Le refus du prélèvement peut ainsi être exprimé selon trois modalités : une inscription volontaire au « registre national des refus », une manifestation écrite du vivant de la personne décédée, ou une attestation circonstanciée des intentions du défunt par ses proches. Le décret prévoit également qu'un proche peut témoigner, selon une procédure formalisée[447], du refus d'un éventuel prélèvement opposé de son vivant par une personne décédée.

[447] Pour être valide, l'attestation doit être transcrite par écrit par le proche, être datée et signée, et préciser le contexte et les circonstances de l'expression du refus du défunt.

L'arrêté du 16 août 2016 homologuant les règles de bonnes pratiques relatives à l'entretien avec les proches en matière de prélèvement d'organes et de tissus prévoit par ailleurs le cas dans lequel « en raison du contexte, le prélèvement n'a pas été possible ». Cette mention fournit le cadre juridique qui permet aux équipes hospitalières de ne pas pratiquer le prélèvement en cas d'opposition des familles, quand bien même les conditions fixées par le décret du 11 août 2016 ne sont pas remplies. Comme le corroborent les constatations de la Cour auprès de cinq équipes de coordination[448], l'accord des familles reste dans les faits déterminant dans la pratique du prélèvement sur des sujets décédés.

2 - Une organisation nationale de la chaîne de la greffe

En 2018, 192 établissements de soins publics et privés, lucratifs ou non, étaient habilités à effectuer un prélèvement sur une personne décédée ou, dans le cas du rein ou du foie, sur un donneur vivant volontaire.

La greffe est ensuite réalisée dans l'un des 67 établissements autorisés, qui sont exclusivement des hôpitaux publics ou privés non lucratifs. En 2016, les CHU ont effectué plus de 96 % des greffes.

Pour faire le lien entre ces deux opérations, l'Agence de la biomédecine (ABM), créée en 2004, est chargée de la procédure d'attribution des greffons, en les proposant aux équipes de greffe qui peuvent les accepter ou les refuser. Plus largement, l'ABM anime et supervise, sous la tutelle du ministère de la santé, l'ensemble des aspects organisationnels, statistiques et financiers, de la politique des greffes, y compris des actions de communication dotées de moyens substantiels (plus de 4 M€ en 2017). Elle emploie 240 équivalents temps plein pour un budget de 75 M€ pour les greffes et l'assistance médicale à la procréation.

3 - Des ressources financières abondantes

Le financement du dispositif sanitaire du prélèvement et de la transplantation a été conçu, puis substantiellement modifié dans le second de ces domaines en 2016, pour inciter au développement de l'ensemble des compartiments de cette activité.

[448] Angers, Rennes, Le Havre, Avignon, Marseille. Ce sont ces équipes, composées de médecins et d'infirmiers, qui sont chargées de conduire les entretiens avec les proches.

En 2017, plus de 337 M€ ont été consacrés à la greffe par l'assurance maladie, dont 160 M€ pour la tarification à l'activité des séjours liés à l'opération de transplantation elle-même, près de 66 M€ pour le prélèvement, 62 M€ pour le suivi post-greffe donnant lieu à des séjours à l'hôpital, notamment en cas de rejet et 50 M€ pour des activités transversales.

S'agissant du suivi des transplantions d'organes, les montants qui précèdent prennent en compte uniquement les séjours hospitaliers. Pour ce qui concerne les greffes de reins, les dépenses se sont élevées en 2017 à 554 M€ au total, y compris les examens de surveillance cardiaque et de biologie et les bilans annuels sans séjour hospitalier.

a) Des tarifs conformes, voire supérieurs aux coûts

La revalorisation, dans le cadre de la tarification à l'activité, de certains groupes homogènes de malades (GHM), comme pour le rein en 2012, a incité les établissements qui y sont autorisés à développer les prélèvements sur des donneurs vivants.

Lorsque, à partir des données collectées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), on compare les tarifs versés aux « tarifs issus des coûts »[449], pour les groupes homogènes de séjours relatifs aux greffes, un écart positif apparaît dans la très grande majorité des cas. Cet écart est modeste pour les greffes du rein et du foie, les plus fréquentes, mais significatif pour la moelle osseuse et le cœur.

Dans les cas où la comptabilité analytique de l'hôpital a permis à la Cour d'établir une comparaison entre les recettes de tarification et les dépenses, le résultat (Le Havre, Rennes) a toujours été positif, parfois avec un écart important.

[449] Comme l'indique l'ATIH, des différences irréconciliables de périmètre ne permettent pas de comparer les tarifs directement aux coûts. Dans ces conditions, elle reconstitue des « tarifs issus des coûts » théoriques, qui fournissent une représentation approchée des marges réalisées sur tel ou tel type de séjour.

b) Des forfaits en sus de la tarification à l'activité

De manière unique parmi les activités de soins (en dehors des urgences), des forfaits détaillés rémunèrent certaines activités afin de garantir qu'aucun des coûts engendrés par les prélèvements et greffes ne reste sans financement : coordinations hospitalières de prélèvement (CPO), prélèvement d'organes (PO) et activités transversales à la greffe, par la voie d'un forfait annuel greffe (FAG) couvrant une liste détaillée d'opérations non prises en compte dans le tarif[450].

Les banques hospitalières de tissus qui stockent ces produits du corps humain sont rétribuées par une dotation au titre d'une mission d'intérêt général (MIG) versée en partie forfaitairement, en partie en fonction de l'activité[451].

Lorsque des matériels ou des services supplémentaires ont été jugés utiles par l'ABM pour améliorer la qualité des interventions (comme dans le cas des machines à perfuser les greffons de rein ou de la transmission des images pour le prélèvement), le ministère a augmenté le montant des forfaits greffe et la diffusion de ces équipements s'est rapidement accrue.

B - Un nombre de greffes qui progresse, mais moins vite que celui des patients en liste d'attente

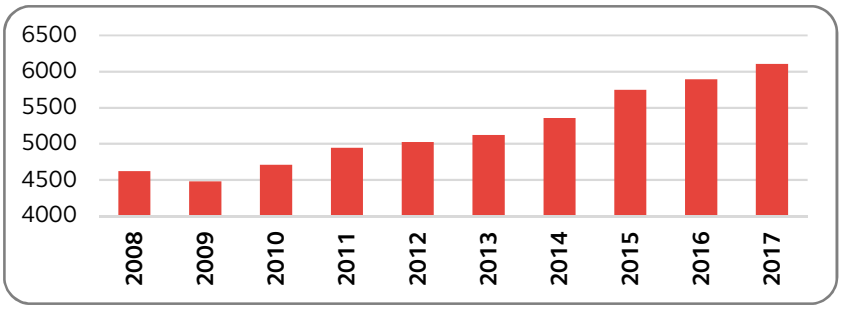
Le nombre de greffes a beaucoup augmenté, mais celui des patients en attente d'une greffe a crû encore plus fortement, si bien que les conditions d'accès à la greffe se sont dégradées. De manière conjoncturelle ou peut-être plus durable, le nombre de greffes a baissé en 2018.

1 - Des chiffres favorables au regard des comparaisons internationales

Entre 2013 et 2017, le nombre total annuel des greffes d'organe s'est accru de 19,2 %. En 2015, l'objectif fixé par le plan greffe 2012-2016 de 5 700 transplantations réalisées cette même année a été atteint. Il a par la suite été dépassé, 6 105 transplantations étant réalisées en 2017.

[450] Coordination sujets décédés et donneurs vivants, astreintes, transports de greffons, typage HLA (incompatibilités), prise en charge des donneurs vivants, etc.
[451] Un système analogue de financement (forfaits de prélèvements, GHM, FAG pour la greffe) s'applique à la moelle osseuse.

Graphique n° 21 : nombre de greffes, tous organes (2008-2017)



Source : ABM.

Le nombre de greffes d'organe a augmenté pour l'ensemble des principaux organes concernés, qu'il s'agisse du rein (3 782 en 2017, soit 61,9 % du total), du foie (1 374, soit 22,5 %), du cœur (467), du poumon (378) et du pancréas (96). Les proportions relatives de ces différentes greffes sont demeurées stables depuis 2008.

Les progrès sont également marquants pour les greffes de tissus (+60,5 % entre 2013 et 2017) et de cellules souches hématopoïétiques[452] (+6,4 % pendant la même période).

La France affiche des performances très honorables à l'international en matière de transplantations d'organe. Les chiffres rassemblés par l'édition la plus récente de la *Newsletter transplant*[453] la placent ainsi en troisième position en Europe, avec, en 2017, 90,2 greffes par million d'habitants, derrière l'Espagne (111 par million d'habitants) et la Belgique (92,1), mais largement devant les Pays-Bas (74,2), le Royaume-Uni (73,6), l'Italie (66,5) ou l'Allemagne (40). En dehors de l'Europe, seuls les États-Unis, qui occupent la deuxième place mondiale derrière l'Espagne (103,3 greffes par million d'habitants), dépassent la France[454].

La position relative de la France s'est en outre améliorée au cours des dernières années, puisqu'elle n'occupait, selon le même classement, que la cinquième place en Europe et la sixième dans le monde en 2009 (derrière les mêmes pays, auxquels s'ajoutaient le Portugal et l'Autriche).

[452] Il s'agit d'un type de cellule à l'origine de toutes les lignées de cellules sanguines, qui intervient lors du processus de production des cellules présentes dans le sang.
[453] Direction européenne de la qualité du médicament et soins de santé du Conseil de l'Europe, *Newsletter transplant, International figures on donation and transplantation 2017*, vol. 23, 2018.
[454] La Chine et le Japon ne sont toutefois pas couverts par ces statistiques.

2 - Une détérioration croissante des conditions d'accès à la greffe

Malgré l'augmentation du nombre de greffes, celui des personnes en attente d'une greffe progresse encore plus rapidement. Entre 2012 et 2018, il est ainsi passé de 10 648 à 16 413 (+54,1 %).

Tableau n° 38 : nombre d'inscrits en liste d'attente pour les greffes d'organe (2012-2018, au 1er janvier)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cœur	298	321	334	359	378	329	316
Cœur-poumons	16	14	18	15	13	9	7
Foie	941	1 106	1 266	1 297	1 260	1 346	1 432
Intestin	12	10	9	5	4	3	4
Pancréas	145	165	178	200	221	228	236
Poumon	147	127	167	156	160	110	127
Rein	9 089	9 892	10 818	11 807	12 541	13 513	14 291
Total	**10 648**	**11 635**	**12 790**	**13 839**	**14 577**	**15 538**	**16 413**

Source : ABM.

Les principaux organes donnant lieu à des greffes sont concernés : le rein (+57,2 %), le foie (+52,2 %), le pancréas (+62,8 %), et, à un moindre degré, le cœur (+6 %). De ce fait, malgré les progrès réalisés dans le traitement des patients en attente de greffe, le nombre de décès de personnes inscrites en liste d'attente reste élevé, autour de 600 par an depuis plusieurs années.

Pour les tissus, la situation est plus contrastée, mais elle est souvent dominée par des tensions sur les ressources. Les stocks disponibles en fin d'année dans les banques de tissus, en baisse sensible depuis trois ans pour les cornées et la peau, l'attestent. Le maintien d'une forte dépendance aux importations d'autres pays pour les valves cardiaques (22,9 %[455]) et os massifs[456] (28,6 %), même si elle tend à se réduire, en est un autre signe.

Les greffes de moelle ne sont pas, sur un plan global, caractérisées par la même difficulté que celle rencontrée pour les organes et les tissus. Les durées d'attente découlent pour l'essentiel des délais techniques de sélection, de prélèvement, d'acheminement, puis d'implantation des cellules. Cet état de fait plus favorable résulte cependant d'un recours massif à l'importation de greffons (85 % des receveurs en France).

[455] Pourcentage de tissus humains importés par les banques parmi les tissus distribués en France.
[456] Fémurs, tibias, humérus.

L'extrême rareté des bons appariements, qui sont de l'ordre d'une chance sur un million en raison des contraintes immunologiques, rend difficile la couverture des besoins nationaux par les seules ressources des dons faits en France. Ce phénomène est en outre accentué par le nombre réduit de prélèvements en France, qui fait que l'objectif du 2ème plan greffe 2012-2016 de couvrir, à des fins de sécurité, 35 % des besoins par des greffons nationaux n'a pu être atteint[457]. Pour pallier ces difficultés, la France participe à un réseau mondial interconnecté regroupant 73 pays, qui démultiplie les sources possibles de greffons.

3 - Un recul inquiétant du nombre de greffes en 2018

En rupture avec la tendance observable depuis le début des années 2000, le nombre de transplantation d'organes a fléchi de 5,3 % en 2018 (5 781 greffes, dont 3 546 greffes de reins, contre 6 105 en 2017). Les prélèvements de greffons ont notamment baissé chez les sujets en état de mort encéphalique (-4,8 %[458]).

Selon l'ABM, une partie du ralentissement de l'activité pourrait s'expliquer par un facteur conjoncturel : l'épisode grippal sévère de l'hiver 2017-2018 a pu distraire une partie des ressources en locaux et en personnel médical qui auraient pu être consacrées aux transplantations. Des difficultés liées à la disponibilité des blocs et des équipes médicales et à la logistique hospitalière sont aussi évoquées.

Les causes précises du recul restent néanmoins à objectiver. Le fait même que la greffe, politique prioritaire, résiste mal à un épisode de tensions appelle l'attention. Il invite ainsi à une réflexion approfondie sur l'état et les perspectives de réalisation du plan greffes 2017-2021 et, de manière plus substantielle, sur les fragilités qui affectent cette activité.

C - 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, contre 6 105 en 2017 (dont 6 800 à partir de sujets décédés et 1 000 à partir de donneurs vivants), soit 115 greffes par million d'habitants, ce qui placerait la France légèrement au-dessus du niveau atteint par l'Espagne en 2017. Dans ce cadre, 4 950 greffes de reins seraient effectuées en 2021 (dont 3 950 à partir de sujets décédés et les 1 000 autres de donneurs vivants).

[457] Ce déséquilibre se manifeste aussi par le fait que seuls 40 % des prélèvements réalisés en France vont à un patient étranger.
[458] Soit, en 2018, 1 743 prélèvements sur des sujets en état de mort encéphalique.

Malgré l'adhésion majoritaire de la population au prélèvement d'organes, ces objectifs seront difficiles à atteindre. Les efforts engagés par les pouvoirs publics pour diversifier et développer les différents types de prélèvements produisent des résultats inégaux.

1 - Une adhésion majoritaire au prélèvement d'organes, mais accompagnée d'oppositions explicites ou latentes

Le prélèvement est majoritairement accepté dans notre pays, comme le montrent le nombre réduit de personnes inscrites au registre national des refus (soit 360 000 à la mi-2019) et le pourcentage minoritaire des oppositions à des prélèvements sur des sujets décédés (30 % en 2018). Ces attitudes se vérifient également pour les nouvelles catégories de greffons (Maastricht II et III, voir *infra*). Le nombre de personnes se portant volontaires pour donner un rein, voire une partie de leur foie, augmente.

Néanmoins, de fortes disparités géographiques peuvent être observées : en 2017, le taux d'opposition à des prélèvements sur des sujets décédés atteignait ainsi 23,1 % en Bourgogne-Franche-Comté, 26,6 % en Pays-de-Loire et 28,8 % en Bretagne, mais 41,5 % en Ile-de-France et 54,5 % à La Réunion.

Par ailleurs, des réticences se font jour dans l'opinion publique. Ainsi, le dernier bilan sur l'opinion des Français réalisé en 2017 par l'ABM indique que le prélèvement d'organes est un sujet intime pour 67 % d'entre eux, contre 57 % en 2015, avant les débats suscités par la loi de 2016 de modernisation de notre système de santé. Dans la profession médicale, notamment chez les anesthésistes et les réanimateurs, des réticences persistent, notamment au sujet des prélèvements après arrêt circulatoire contrôlé et parfois des prélèvements sur des sujets vivants[459].

Les états généraux de la bioéthique, tenus en 2018 en vue de la mise à jour de la loi du même nom, ont relevé qu'« un certain climat de défiance des patients vis-à-vis du monde médical a pu s'instaurer »[460].

Les débats qui ont entouré les campagnes de communication de l'ABM, puis l'amendement au projet de loi de modernisation de notre système de santé (voir A - 1 - *supra*) ont suscité une vague récente d'inscriptions au registre national des refus, ainsi passé d'environ 90 000 noms en 2015 à un peu plus de 340 000 en quelques mois en 2017.

[459] En vertu du principe déontologique *primum non nocere* (ne pas nuire).
[460] Contribution du Comité consultatif national d'éthique à la révision de la loi de bioéthique, septembre 2018, p. 22.

Sans remettre en cause la disponibilité de greffons, cet afflux a mis en difficulté l'ABM, qui a dû, pendant une courte période, augmenter fortement le nombre de ses agents affectés à la réception, au contrôle et à l'enregistrement des courriers de refus. Elle assure avoir pu dans tous les cas effectuer les vérifications légales obligatoires, si bien qu'aucune personne ayant notifié une opposition au registre national n'a fait l'objet d'un prélèvement.

2 - Un effort inégalement abouti pour améliorer la détection des sujets en état de mort encéphalique

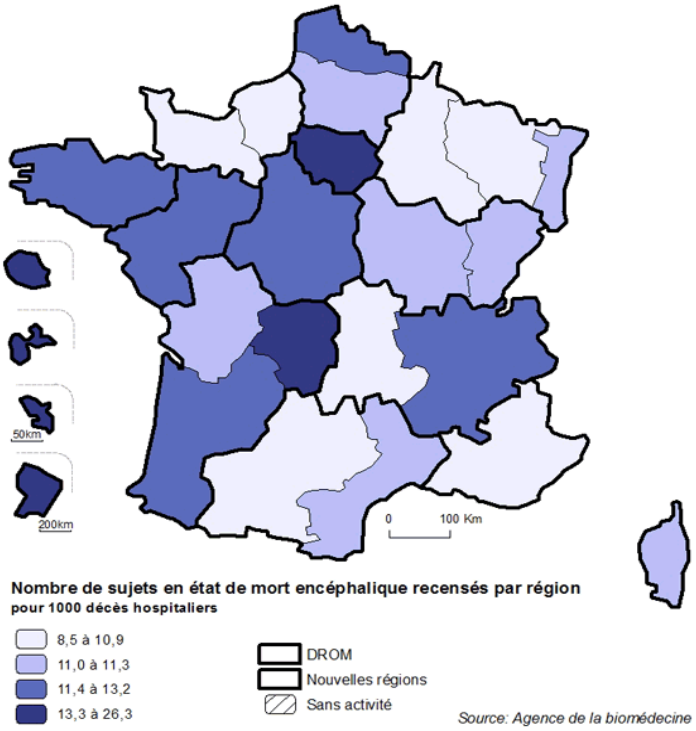
Les sujets sur lesquels des prélèvements peuvent être effectués sont relativement peu nombreux et les délais d'intervention sont très contraints en raison des impératifs de conservation des organes.

Pour s'en tenir à la catégorie la plus fréquente, le nombre de sujets en état de mort encéphalique[461] est, selon l'ABM, nettement inférieur à 4 000[462], sur 587 000 décès en France en 2016.

Les équipes de coordination hospitalière organisées dans les établissements de santé autorisés à prélever des organes et des tissus (192 en 2018) s'efforcent donc d'établir des liens avec les unités où se trouvent ces patients, souvent des services d'urgence ou de réanimation, qu'elles soient situées au sein du même hôpital ou dans un établissement voisin. Ce travail, institutionnel mais aussi humain, vise à convaincre des structures, dont ce n'est pas la tâche première, de signaler les sujets sur lesquels des prélèvements pourraient être effectués, même si le cas se présente rarement dans leur activité[463]. Le recensement des sujets en état de mort encéphalique continue de faire apparaître des résultats hétérogènes entre les régions, fonction de l'ancienneté et de la structuration des organisations locales.

[461] La mort encéphalique ou mort cérébrale désigne l'arrêt brutal, définitif et irrémédiable de toutes les activités du cerveau. Ce cas, relativement rare, permet souvent le prélèvement dans la mesure où les organes concernés demeurent irrigués.
[462] 3 547 en 2014, 3 579 en 2015, 3 676 en 2016, 3 539 en 2017 (source : ABM).
[463] Ainsi, dans toute l'année 2017, l'hôpital de Saumur n'a signalé que 6 cas, qui n'ont en définitive donné lieu à aucune transplantation ; celui de Château-Gontier a procédé à 13 signalements, pour deux prélèvements finalement réalisés.

Carte n° 3 : nombre de sujets en état de mort encéphalique recensés par région (2017)



Afin de mieux orienter l'action de la coordination hospitalière et des services hospitaliers concernés, l'ABM a mis au point en 2010, puis diffusé progressivement un instrument (Cristal action) qui permet, par l'analyse des dossiers de décès hospitaliers et leur rapprochement avec les déclarations faites, de repérer *ex post* les cas qui auraient pu être signalés et d'en analyser les raisons. Le déploiement de cet outil a favorisé une diminution du non-recensement[464]. Il reste cependant encore partiel.

[464] À Angers, sur plus de 600 cas étudiés, on est ainsi passé de 9 cas non identifiés en 2013 à 2 en 2017 et de 5 non signalés à un seul.

3 - Des résultats contrastés pour les prélèvements sur des sujets en état d'arrêt cardiaque Maastricht II et III

Les catégories de prélèvement Maastricht II et III

À la suite d'une conférence internationale tenue à Maastricht en 1995, la France a fait évoluer sa réglementation en 2005, afin de pouvoir réaliser, sous certaines conditions, le prélèvement d'organes de sujets en arrêt cardiaque irréversible dans deux cas notamment, désignés comme les catégories Maastricht II et III.

Pour Maastricht II, il s'agit de réanimer le patient, souvent après un accident cardiaque, quand bien même ses chances de survie sont estimées nulles, aux fins de prélever des organes. Pour Maastricht III, les perfusions et la ventilation du corps sont maintenues jusqu'au prélèvement.

Les transplantations à partir de sujets relevant de ces catégories exigent un diagnostic solide de l'irréversibilité de l'arrêt cardiaque. Des contraintes techniques spécifiques s'y ajoutent, liées au fait que les organes de ces sujets, moins bien irrigués en raison des moyens artificiels visant à maintenir les fonctions de base du corps, ne peuvent demeurer en l'état plus de quelques heures.

Les prélèvements au titre de la catégorie Maastricht II ont débuté en 2006. Dans un premier temps, cette catégorie n'a concerné que le rein. Elle a ensuite été étendue au foie et au poumon, puis suspendue pour le foie en 2017 en raison d'un taux élevé d'échec des transplantations.

Cette activité mobilise, pour être menée à bien dans de bonnes conditions, une organisation, des moyens importants et une réactivité immédiate. Il faut en effet que l'équipe de réanimation, souvent le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), qui intervient fréquemment au domicile du patient ou dans la rue, enclenche très rapidement la procédure en liaison avec la coordination hospitalière, et que l'ensemble de l'opération, dont l'échange avec la famille sur le prélèvement, soit menée dans des délais contraints. Dans ces conditions, seul un petit nombre d'établissements, 15 en 2017, a obtenu l'agrément, et dix ont effectivement réalisé des prélèvements de ce type cette même année.

En termes de résultats globaux, l'activité a plafonné, puis a régressé à partir de 2017, année où elle est passée en deçà de 40 prélèvements pour toute la France, avant de s'effondrer en 2018 avec 20 prélèvements, loin de l'objectif fixé pour 2021 par le plan greffes (100 greffes d'organe). Dans les établissements de santé entrant dans le champ de l'enquête de la Cour, cette activité est confrontée à de grandes difficultés découlant notamment de contraintes d'organisation, au point que sa pérennité est parfois incertaine dans certains établissements (Angers, Rennes).

Toute autre est la situation des prélèvements Maastricht III après arrêt circulatoire contrôlé, qui ont commencé en 2014. Le plan greffe affiche des ambitions significatives (pour 2021, 350 sujets recensés éligibles, 175 sujets prélevés et 400 greffes d'organe). La progression accomplie l'est également. Alors que ce dispositif n'est autorisé en France que depuis septembre 2014, après une longue période de réflexion, près de 200 recensements ont été effectués en 2017. En 2018, l'activité de prélèvement a nettement progressé (+22,2 % par rapport à l'année précédente). Il est vrai que dans d'autres pays, le Royaume-Uni notamment, cette catégorie de prélèvements est développée depuis longtemps et de façon importante.

Si le développement de ces projets demande du temps[465], des ressources financières et humaines, l'organisation de programmes de formation et, facteur décisif, l'adhésion des équipes médicales concernées, les perspectives semblent plutôt favorables, au vu, tout au moins, des constats effectués dans certains établissements (Le Havre, Angers).

Parfois, comme en Provence-Alpes-Côte d'Azur, un net fléchissement peut être observé dans les plus grands établissements. Ainsi, à l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM), alors que de 10 à 12 prélèvements Maastricht III annuels étaient attendus, il n'y en a eu que cinq en 2017 et deux en 2018. Selon l'équipe de coordination des greffes, la circonspection du corps médical serait un facteur d'explication important de cette situation. L'ABM a également relevé ces disparités géographiques, ainsi que le fait que le protocole qu'elle a formalisé à l'attention des équipes agréées n'était pas systématiquement appliqué.

4 - Des obstacles au développement des dons du vivant

Selon les données publiées par le *United States Renal Data System* (USRDS) en 2018, la France se situait en 2016 au 5ème rang mondial en termes de nombre de transplantations rénales rapportées au nombre d'habitants, derrière le Mexique, l'Espagne, les États-Unis et les Pays-Bas. En revanche, elle se situait uniquement au 47ème rang mondial quant à la part des dons du vivant dans celles-ci (16 %), dans le contexte d'une grande hétérogénéité des législations nationales en ce domaine (notamment en matière de rémunération ou non des donneurs et de liens familiaux de ces derniers avec les receveurs).

[465] Au Havre, par exemple, les premières réunions à ce sujet ont eu lieu à l'automne 2016 et l'autorisation de l'ABM n'est intervenue qu'en juillet 2018, près de deux ans plus tard.

Le plan greffe 2017-2021 a une ambition encore plus élevée que pour Maastricht III. Ainsi, il vise 1 000 greffes de reins issues de donneurs vivants en 2021. Cet objectif prolonge la progression intervenue depuis le début de la décennie[467] et s'inspire des résultats de certains de nos voisins.

Au Royaume-Uni, 1 043 personnes ont fait don d'un organe[468] en 2016/2017, ce qui a représenté 43 % des sources de greffons. En France, malgré des débuts prometteurs, l'activité a brusquement régressé en 2018 (-11,8 % par rapport à 2017, avec 561 dons de rein ou de morceau du foie).

En 2017, seules 611 transplantations d'un rein[469] ont été effectuées. Leur nombre a baissé en 2018 à 537.

Outre un encadrement législatif plus strict qu'au Royaume-Uni[470], plusieurs obstacles limitent le développement des dons du vivant.

En premier lieu, les néphrologues et centres de dialyse, qui traitent les malades atteints d'insuffisance rénale qui pourront être candidats à la greffe, sont inégalement sensibilisés. Ils sont pourtant les mieux à même d'informer leurs patients sur l'intérêt du don d'un rein par l'un de leurs proches. Alors qu'à Marseille, le nombre de candidats au don excède les capacités de prélèvement du fait notamment d'une mobilisation des urologues, la profession semble davantage partagée et le programme moins avancé dans les Pays de la Loire, par exemple.

En outre, des difficultés d'organisation peuvent être relevées en matière de disponibilité des blocs opératoires et des chirurgiens et anesthésistes dans certains établissements (Marseille).

Enfin, les donneurs peuvent être découragés par les conditions économiques qui s'attachent à leur démarche. La loi pose le principe de la neutralité financière, mais dans les faits, de nombreuses difficultés se manifestent : délais de prise en charge, remboursement des frais de

[467] En 2010, 283 greffes rénales avaient été effectuées à partir de donneurs vivants.
[468] 97 % pour le rein, 3 % pour le foie.
[469] Un rein est donné, l'autre conservé. Des prélèvements hépatiques sur donneur vivant sont également pratiqués, mais beaucoup plus rarement.
[470] Au Royaume-Uni, contrairement à la France, le lien familial ou affectif stable avec le candidat à la greffe n'est pas exigé. Par ailleurs, des programmes d'appariement faisant intervenir de multiples paires de donneurs – receveurs y sont autorisés, alors qu'ils sont limités à deux couples en France. Afin de favoriser le développement du don croisé, le projet de loi relatif à la bioéthique en cours d'examen par le Parlement prévoit notamment de l'étendre à quatre paires de donneurs – receveurs.

déplacement, compensation de la perte d'activité, notamment lorsque le donneur exerce une profession libérale ou artisanale[471].

II - Consolider et développer la politique en faveur des greffes

Afin d'accroître l'efficacité de la politique en faveur des greffes et de maîtriser les risques propres à cette activité, il convient de rééquilibrer offre et demande de greffons, d'assurer un accès plus équitable à la greffe et de sécuriser tous les maillons de la chaîne de la transplantation, tout en optimisant l'emploi des moyens engagés.

A - Rééquilibrer l'offre et la demande de greffons

Comme en témoigne l'allongement de la liste des personnes en attente d'une greffe (voir *supra*), l'offre de greffons, bien qu'en augmentation, ne permet pas de couvrir la croissance des besoins de greffe. Une relance des prélèvements, mais aussi une prévention accrue des pathologies à l'origine de ces besoins, sont indispensables.

1 - Une extension des indications de greffe plus forte que celle des prélèvements

Afin d'augmenter l'offre de greffons, les catégories autorisées de prélèvements ont été continûment étendues, en France comme dans les autres pays. Des règles ont ainsi été définies au niveau international, avec des variations selon les organes, permettant en général des prélèvements sur des sujets de plus de 60 ans et porteurs de comorbidités qui rendent la transplantation légèrement plus risquée.

Cette évolution a eu une portée considérable, puisque 35,5 % des sujets en état de mort encéphalique présentaient en 2017, d'après l'ABM, au moins deux facteurs de risque. L'évolution la plus marquante est néanmoins celle de l'âge des personnes prélevées : celles de plus de 70 ans, qui ne représentaient que 6,6 % du total en 2000, comptaient ainsi pour

[471] Le prélèvement d'un rein ou d'un morceau de foie est une opération lourde, qui entraîne un arrêt de travail pouvant être prolongé. Selon l'ABM, un donneur sur dix n'a pas repris d'activité professionnelle un an après le don et, à la même échéance, trois sur dix se plaignent toujours de douleurs.

29,7 % en 2011 et 41,3 % en 2017. Par ailleurs, des prélèvements sur des sujets souffrant de certaines pathologies (hépatite C) se sont développés et le plan greffe prévoit d'étudier la faisabilité de greffes à partir de porteurs de marqueurs des virus HTLV 1-2 et VIH[472]. Au-delà, des tentatives de greffe sont engagées dans des cas d'incompatibilité immunitaire entre le donneur et le receveur.

Toutefois, cette extension du champ des prélèvements possibles ne suffit pas à remédier à l'insuffisance de l'offre par rapport au besoin de greffons.

Les greffes d'organe peuvent répondre à un nombre croissant de problèmes de santé. Il ne s'agit pas seulement des nouvelles interventions qu'il est possible de mener à bien (main, face, utérus), mais d'indications supplémentaires ou en développement : cancers primitifs du foie, bronchopneumopathie chronique obstructive, mucoviscidose, emphysème notamment. Le nombre de maladies du sang susceptibles d'être traitées par les cellules souches hématopoïétiques a lui aussi augmenté.

En outre, la possibilité de réaliser des transplantations sur des patients de plus en plus âgés (plus de 80 ans) et de surmonter de mieux en mieux les contre-indications grâce au progrès des traitements anti-rejets tend à accroître le nombre de patients éligibles. Les allogreffes de cellules souches hématopoïétiques peuvent aujourd'hui être proposées à des patients âgés de plus de 70 ans, alors que, selon l'ABM, seuls les adultes de moins de 55 ans pouvaient en bénéficier il y a seulement dix ans.

Enfin, l'allongement de l'espérance de vie des patients affectés par des maladies chroniques conduit un nombre croissant d'entre eux à parvenir au stade où la greffe est le traitement le plus indiqué[473]. Il en va de même pour certaines greffes de tissus.

Tandis que les besoins augmentent, les sources traditionnelles de greffons régressent. Qu'il s'agisse d'organes ou de tissus, les sujets donnant lieu à prélèvement étaient naguère presqu'exclusivement, et sont encore majoritairement aujourd'hui, des sujets en état de mort encéphalique, ce qui autorise la constatation du décès, mais dont le cœur et la respiration continuent de fonctionner grâce à une assistance artificielle,

[472] Dans tous ces cas, les prélèvements sur des personnes souffrant de la pathologie en question sont destinés à des personnes atteintes de la même maladie. Cette opération permettrait d'augmenter le nombre de greffons disponibles.

[473] Les cas pour lesquels les indications de greffe diminuent sont en revanche rares. On peut principalement citer les greffes de foie pour les patients atteints d'hépatite C, que les nouvelles molécules apparues depuis 2014 tendent à faire disparaître.

ce qui préserve la qualité des organes. Il s'agit en majorité de patients victimes d'accidents vasculaires ou de la route. Or, les décès dus aux maladies cérébrovasculaires ont baissé de 7,6 % entre 2005 et 2016, passant de 33 797 à 31 228 individus[474]. Selon l'observatoire national interministériel de la sécurité routière, le nombre de morts sur la route est passé de 5 543 en 2005 à 3 488 en 2018 (-37,1 %).

2 - Relancer les prélèvements

L'exemple de l'Espagne, le pays où le plus grand nombre de greffes d'organe par habitant est pratiqué au monde et où l'effort principal a porté sur l'organisation du prélèvement et l'obtention du consentement des proches (le taux de refus est de l'ordre de 15 %, soit la moitié du niveau français), montre la possibilité de progrès en la matière.

Plusieurs leviers pourraient permettre de les concrétiser : la poursuite, dans des conditions maîtrisées, de l'extension des indications médicales de prélèvement et d'appariement ; l'accompagnement par l'ABM du développement des réseaux de prélèvement utilisant, pour maximiser leur efficacité, le logiciel Cristal action qu'elle met à leur disposition (voir *supra*) ; l'appui par l'ABM à la constitution et au développement de l'activité d'équipes Maastricht III dans les établissements où les enjeux sont les plus importants ; des actions de sensibilisation des néphrologues et des directions des hôpitaux aux programmes de donneurs vivants ; le renforcement de la surveillance par les établissements de santé ; un renforcement des incitations tarifaires à la constitution et au bon fonctionnement des réseaux de prélèvement ; le cas échéant, l'adoption de règles juridiques plus précises pour assurer la neutralité financière du don, en compensant plus complètement les frais encourus par les donneurs.

En outre, il convient d'améliorer l'efficacité des équipes de coordination hospitalières. Leur formation, qui compte à juste titre au nombre des priorités de l'ABM, devrait être encore renforcée, au vu notamment de la rotation élevée du personnel. Leur fonctionnement plus sûr devrait être recherché en leur associant plus systématiquement une expertise médicale et en resserrant leur coordination avec les services hospitaliers dont proviennent les patients décédés. À cet égard, certaines bonnes pratiques, comme, à Nantes notamment, la détection anticipée, sur la base de leur diagnostic médical, des sujets potentiels sur lesquels un

[474] INSERM (CepiDc).

prélèvement pourrait être effectué dès le stade des urgences et l'abord précoce des familles[475], devraient être mieux reconnues. Cet enjeu justifierait que l'ABM établisse un référentiel de bonnes pratiques.

3 - Mieux prévenir les pathologies à l'origine de besoins de greffe

Le déséquilibre entre offre et demande de greffons est tel que, même si les objectifs de prélèvement du plan greffe devaient être tenus (voir I – C - *supra*) et si les taux de refus baissaient jusqu'à la cible de 25 %, il n'est pas certain que la liste des patients en attente de greffe se réduirait.

À côté du développement des prélèvements, une autre voie, celle de la diminution des besoins en greffons, doit donc être suivie. La mise en œuvre rapide des résultats de la recherche médicale allant dans le sens du développement d'alternatives à la greffe peut apporter le cas échéant des réponses. Mais l'enjeu essentiel porte sur le renforcement de la prévention des pathologies à l'origine des besoins de greffe.

Si l'on s'en tient au sujet quantitativement le plus important, celui des besoins en greffe du rein, des progrès récents sont intervenus. En 2015[476], la Cour avait relevé la prévention insuffisante de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT). Dans le cadre de la convention médicale du 25 août 2016, deux nouveaux objectifs ont été intégrés au dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique des médecins (ROSP), afin de favoriser un dépistage plus étendu de la maladie rénale chronique chez les personnes diabétiques et hypertendues.

Selon la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), la part des patients traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire est passée de 31 % fin 2016 à 39,1 % fin 2018 ; celle des patients traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et du dosage précité est quant à elle passée de 7 % à 11,4 %. Ainsi, près de 100 000 personnes diabétiques et 180 000 personnes hypertendues sont

[475] Voir NJAMFA, Léa, *Démarche anticipée au don d'organes : évaluation des pratiques professionnelles des médecins urgentistes dans les services d'accueil des urgences de la région Pays-de-Loire*, thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine, octobre 2018. Voir aussi LIBOT, Jérôme, La démarche anticipée de don d'organes à l'hôpital, *Soins*, vol. 61, n° 808, septembre 2016, p. 44-46.

[476] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2015*, chapitre X L'insuffisance rénale chronique terminale : favoriser des prises en charge plus efficientes, p. 345-378, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

mieux prises en charge. Cependant, les objectifs cibles de ces indicateurs ont été réduits courant 2018 par l'avenant n° 6 à la convention médicale (de 61 % à 49 % et de 14 % à 8 % respectivement).

Par ailleurs, des initiatives visant à améliorer les parcours de soins des patients diabétiques et en insuffisance rénale ont été engagées ou sont sur le point de l'être. La HAS a annoncé un travail sur ce sujet. Ainsi, plusieurs expérimentations faisant application de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, qui permet de déroger aux règles tarifaires générales[477], s'engagent.

Plus en amont, pour prévenir l'obésité, le nouveau plan national de santé publique (mars 2018) comporte un volet relatif à l'alimentation (avec notamment un étiquetage nutritionnel optionnel) et une incitation à l'exercice physique des enfants. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017[478] autorise l'expérimentation de prescriptions médicales de consultations de psychologues pour les enfants et les adolescents. S'agissant du traitement du diabète, un nouveau projet, intitulé « *Dites non au diabète* », a été lancé en 2018. Il constitue en France la première expérimentation de prévention primaire du diabète de type 2. Il s'agit d'accompagner dans un changement durable de leurs habitudes de vie les personnes à haut risque de développer le diabète[479].

Ces nouveaux dispositifs, qui se sont multipliés au cours des années récentes, permettent d'élargir les moyens de prévention de l'IRCT. Certains volets, comme les traitements non-médicamenteux[480], semblent toutefois encore insuffisamment développés. De plus, tous n'ont pas la même maturité ou efficacité. Leur mise en cohérence est donc indispensable. Une démarche d'évaluation médico-économique comparée, qui débute à peine, apparaît indispensable avant une généralisation à l'ensemble de la population.

---

[477] Les premiers éléments de l'évaluation en cours du programme Sophia, qui vise à retarder les complications médicales en aidant les patients diabétiques à prendre en charge leur maladie et qui a progressivement couvert depuis son démarrage en 2008 près de 820 000 patients, sont attendus d'ici fin 2019.

[478] Article 68 qui trouve notamment son origine dans les retours d'expérience du plan obésité 2010, interrompu en 2013.

[479] 45 à 70 ans, indice de masse corporelle supérieur à 25 kg/m^2, glycémie comprise entre 1,10 et 1,26 g/l. Les inscriptions sont faites par le médecin généraliste, auprès desquels des campagnes d'information seront menées ; le contenu du programme consiste en dix séances collectives abordant tous les aspects du sujet.

[480] Régimes, soutien psychologique, activité physique notamment.

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

L'égalité des chances des patients en attente de greffe est un ressort essentiel de l'adhésion d'une grande majorité de la population au prélèvement d'organes. *A contrario*, l'Allemagne illustre les risques auxquels est exposée la chaîne de la greffe en cas de perte de confiance de la population dans les conditions d'attribution des greffons (voir encadré *infra*).

Dans un objectif d'égalité de traitement des patients, il importe de favoriser une homogénéité accrue des pratiques médicales en matière d'inscription des patients sur les listes d'attente des greffes, de continuer à améliorer la conception des scores d'attribution des greffons et de fiabiliser les données prises en compte pour déterminer le score des patients.

En Allemagne, une déstabilisation durable du système de la greffe

La révélation de scandales liés à des falsifications, par des praticiens, de données médicales de leurs patients afin d'améliorer leurs chances d'obtenir un greffon, a provoqué une chute des dons d'organes, de 14,7 à 9,7 par million d'habitants pour les donneurs décédés entre 2011 et 2017 et des transplantations du rein par des donneurs vivants ou décédés, tombées de 34,8 à 23,7 par million d'habitants sur la même période.

Devant cette déstabilisation de la greffe, le gouvernement fédéral a proposé de substituer le consentement présumé pour les personnes décédées, comme en France, au consentement explicite en vigueur. Cette initiative n'a pas abouti à ce jour.

1 - Harmoniser les pratiques d'inscription sur les listes d'attente des greffes

L'inscription sur la liste d'attente est une source significative d'inégalités entre les candidats à la greffe, notamment dans le cas du rein. Les pratiques des néphrologues diffèrent : certains inscrivent très tôt leurs patients ; d'autres attendent que leur état de santé se dégrade et nécessite une greffe à plus courte échéance ; d'autres enfin inscrivent certains patients, mais les placent aussitôt en contre-indication temporaire de greffe.

Ces différences de pratiques peuvent avoir une incidence sur l'obtention finale d'un greffon, car la durée d'inscription sur la liste figure parmi les critères retenus[481]. Les statistiques collectées par l'ABM révèlent l'ampleur des disparités et leur tendance à l'aggravation, tout au moins au cours de la période récente[482].

La Haute Autorité de santé (HAS) a publié des recommandations de bonne pratique[483], qui visent à favoriser l'accès à la transplantation et à réduire les disparités d'accès : définition limitative des situations qui justifient une contre-indication temporaire, durée de la contre-indication limitée à un an, avis pluri-professionnel avant toute décision de non-inscription, âge limite élevé à la réalisation d'une transplantation (85 ans).

Cependant, de nombreuses situations peuvent toujours donner lieu à des interprétations divergentes et la portée des recommandations de la HAS sur les pratiques des néphrologues est largement méconnue. L'ABM devrait suivre les effets de ces recommandations et s'attacher à corriger les pratiques qui s'en écartent, en sensibilisant plus fortement les néphrologues.

2 - Homogénéiser les conditions d'attribution des greffons dans le cadre national

Afin d'objectiver l'attribution des greffons, l'ABM a mis au point, pour les organes les plus prélevés - rein, foie, cœur, mais non le poumon à ce jour -, des algorithmes permettant de calculer, à partir de règles définies au préalable et des caractéristiques combinées des greffons disponibles et des sujets prélevés, le meilleur score d'appariement.

Ce progrès indéniable s'accompagne toutefois de difficultés qui n'ont pas toutes été résolues. Ainsi, s'agissant des greffons de reins, généralement prélevés par deux sur les sujets décédés et dont la durée de conservation en vue d'une greffe permet le transport sur toute la France métropolitaine, l'algorithme prévoit depuis l'origine que l'un d'eux restera

[481] En cas d'inscription sur la liste avec contre-indication temporaire, le score d'attribution d'un greffon est augmenté pendant une année au plus.

[482] Ainsi, parmi les nouveaux patients en insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) ayant débuté une dialyse préemptive en 2016, le taux d'inscription sur la liste d'attente différait fortement selon les régions : 38,2 % en Ile-de-France, 30,9 % en Midi-Pyrénées, mais 16,6 % en Lorraine, 15,6 % en Auvergne, 13,4 % dans les Hauts-de-France, 9 % à la Martinique et 6,5 % à La Réunion. Si l'on compare ces chiffres à ceux de 2014-2015, ces écarts ont augmenté en moyenne.

[483] Haute Autorité de santé, *Transplantation rénale, accès à la liste d'attente nationale, Méthode et recommandation pour la pratique clinique*, octobre 2015.

au niveau de l'établissement ayant effectué le prélèvement, tandis que l'autre est mutualisé par l'ABM. Par conséquent, deux logiques d'équité coexistent et le score avantage globalement les zones où les prélèvements sont les plus nombreux. Les équipes de greffe de petite taille sont particulièrement attachées au « rein local », dont la suppression pourrait remettre en cause leur activité.

Depuis la mise en service d'une nouvelle version de l'algorithme en 2015, l'ABM a atténué la portée de l'absence de mutualisation d'une partie des greffons. Ainsi, elle a unifié les principes d'appariement aux niveaux local et national, mis en œuvre une mutualisation dans le cadre national des greffons non conservés par les établissements (au lieu d'une mutualisation interne aux régions administratives de l'agence) et défini des règles visant à favoriser les jeunes receveurs[484] et certaines compatibilités, ainsi qu'à limiter les écarts d'âge entre donneurs et receveurs.

S'agissant du cœur, un nouveau score a été mis en place en 2018. Il limite les appréciations écrites des équipes médicales difficiles à auditer, sans toutefois les éliminer, introduit la notion de chance de réussite de la post-greffe et organise une solidarité purement nationale, à l'instar des autres organes que le rein.

L'ABM devrait continuer à améliorer la conception des scores d'attribution de greffons, à la lumière d'études précises sur les résultats des algorithmes en vigueur, en vue d'assurer une plus grande égalité d'accès à la greffe au plan national, recommandée par la plupart des parties prenantes[485].

3 - Fiabiliser les données prises en compte pour le calcul du score des patients en attente de greffe

Les données relatives à l'état médical des patients candidats à la greffe, comparées entre elles et après prise en compte des caractéristiques des greffons disponibles, déterminent les scores des patients et, ce faisant, leurs chances de bénéficier d'une transplantation dans un délai plus ou moins rapide.

Des faiblesses affectent toutefois la fiabilité du système de données.

[484] Des études subséquentes de l'ABM ont mis en évidence un effet réel de réduction de la durée d'attente pour cette catégorie, aux dépens il est vrai des patients plus âgés.
[485] Notamment le Comité national consultatif d'éthique, le conseil d'orientation de l'ABM et les associations de patients.

En premier lieu, les audits de l'ABM sur la concordance entre les dossiers médicaux et les informations intégrées à ses systèmes d'information sont espacés : les données relatives à un organe sont contrôlées tous les quatre ans environ ; pour les cellules souches hématopoïétiques, la périodicité est encore plus réduite[486].

Ces audits font apparaître des fréquences significatives d'erreurs de saisie ou d'absence de données : 9 % dans l'audit sur le rein de 2016, 16 % pour l'audit sur le foie de 2011-2012, 30 % pour l'audit sur le cœur de 2009-2013 et 10,1 % pour les allogreffes de moelle osseuse en 2008-2009[487]. Ces moyennes nationales recouvrent de fortes disparités entre les établissements de santé : si, pour les interventions sur le rein, l'audit de 2016 a mis à jour 3 % d'erreurs à Besançon, elles concernaient 26 % des dossiers à la Pitié-Salpêtrière. Le cas, relevé par l'ABM, du signalement d'une erreur une fois seulement que le calcul du score eut été opéré sur la base de données erronées et plus favorables, et après attribution du greffon, est particulièrement contestable.

D'autres difficultés se manifestent à l'interface des applications informatiques, comme celles affectant les dates de dialyse pour le rein, qui peuvent entraîner un score erroné en cas de renouvellement de la greffe[488].

Enfin, dans certains cas, des critères déterminants pour apprécier le caractère prioritaire de la greffe ne peuvent être audités. C'est notamment le cas de ceux qui reposent sur une appréciation manuscrite du médecin, plutôt que sur une caractéristique clinique mesurable.

Les négligences et mauvaises pratiques qui affectent les données prises en compte pour calculer le score des candidats à la greffe nuisent à l'égalité de traitement de ces derniers. Une action résolue de l'ABM et des établissements de santé concernés s'impose afin de les faire cesser.

[486] Ainsi, foie : 2011-12 et 2018 ; rein : 2015. Le dernier contrôle sur les allogreffes date de 2008-9. Les prochains audits concerneraient le cœur en 2020 et le rein en 2021.
[487] Par ailleurs, des difficultés aiguës affectent les cellules souches hématopoïétiques. La base européenne Promise qui permet de suivre cette activité recèle en effet des lacunes importantes. L'ABM signale ainsi qu'en 2016, 5,6 % des allogreffes et 29,9 % des autogreffes n'étaient pas saisies.
[488] C'est la date de la première dialyse qui est déversée depuis REIN (application qui suit les patients dialysés), et non celle en cours, qui devrait être prise en compte. L'écart entre ces deux dates à une portée importante pour apprécier la nécessité d'une nouvelle greffe. Seules certaines équipes interviennent pour corriger cette anomalie.

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

Les prélèvements et les transplantations d'organe sont des opérations par nature risquées pour la santé des patients greffés et des donneurs vivants. Plusieurs aspects de la chaîne des greffes présentent des faiblesses auxquelles il importe de remédier.

1 - Donner une portée accrue au dispositif de biovigilance

Le dispositif de biovigilance vise à assurer la qualité et la sécurité des organes et des pratiques de greffe. Il est du ressort de l'ABM depuis son transfert en 2016 de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), cette dernière conservant cependant des pouvoirs de contrôle et de sanction. Il comprend le repérage, le signalement et le traitement des incidents par les équipes médicales concernées et, au regard des enseignements pouvant être retirés de ces situations, la préconisation par l'ABM d'actions d'amélioration de l'organisation des activités et des pratiques dans l'ensemble des établissements.

Or, selon l'ABM, le nombre de signalements des incidents par les équipes médicales « reste faible et inégal » [489].

L'ABM a engagé plusieurs actions visant à rendre plus efficace le dispositif de biovigilance. En 2018, elle a mis en ligne un outil de télédéclaration des incidents afin d'alléger la tâche des correspondants de la vigilance dans les établissements de santé. Elle a par ailleurs engagé des travaux visant à dresser, en lien avec les sociétés savantes, une liste d'effets attendus que les établissements n'auraient plus à déclarer et, à l'inverse, ceux à surveiller particulièrement. Ces efforts devraient être amplifiés et accompagnés d'une action de sensibilisation des équipes médicales.

[489] ABM, *Rapport annuel sur le dispositif de biovigilance*, 2017. Selon ce même document, 741 déclarations de biovigilance dans le domaine des greffes ou de l'administration d'un produit issu du corps humain ont été effectuées en 2017, contre 564 en 2016.

2 - Améliorer les dispositifs de suivi de la santé des donneurs et des patients greffés

Les donneurs vivants doivent être suivis à la suite du prélèvement, car il s'agit d'une intervention lourde qui présente, d'après plusieurs études internationales, un danger vital non nul, quoique statistiquement très faible.

Dans cette tâche, les hôpitaux se heurtent à des difficultés logistiques, encore modestes mais appelées à croître avec le nombre de donneurs en vie, ainsi qu'à des difficultés à localiser ces derniers et à s'assurer que les examens médicaux prescrits sont réalisés. L'ABM a effectué des études à ce propos, mais, récemment engagées, elles ne couvrent pas encore la totalité du cycle de vie des donneurs ; de plus, l'étude la plus récente remonte à 2014[490].

L'état de santé des patients greffés appelle lui aussi un suivi attentif. S'agissant des organes, en dépit des améliorations constantes des pratiques médicales, les complications sont nombreuses et la mortalité, même si elle est faible, reste significative, surtout dans la période qui suit immédiatement l'intervention : pour les patients greffés d'un rein en 2015-2016, le taux de survie s'élevait ainsi en moyenne à 99,2 % à un mois et à 96,8 % à un an[491]. Même quand la vie du patient n'est pas en jeu, le greffon peut ne pas fonctionner, immédiatement ou après plusieurs années, et une nouvelle greffe s'avérer nécessaire. Compte tenu du nombre croissant et des chances élevées de survie des patients greffés, la charge logistique du suivi de ces derniers s'accroît pour les établissements.

À cet égard, les situations sont contrastées entre établissements. Selon l'observation de la Cour, elles sont moins favorables lorsque, comme c'est le cas à l'AP-HM pour le poumon, ils ne peuvent se reposer en partie sur des médecins de ville. L'appel à des infirmières en pratiques avancées, pourrait, en dégageant du temps médical, améliorer la situation, mais un à deux ans seront nécessaires pour rendre cette solution opérationnelle.

---

[490] Ses résultats ont été évoqués *supra* à propos des prélèvements sur des donneurs vivants.

[491] Ces chiffres, issus des bases de données de l'ABM, sont en légère baisse depuis quelques années, l'âge toujours plus élevé des patients greffés ayant un impact négatif sur le taux de survie.

3 - Suivre plus étroitement les performances des équipes de greffe

Un système mis au point par l'ABM permet de mesurer les taux d'échec des transplantations que les équipes de transplantation ont réalisées à un, à trois et à cinq ans et de les comparer à la moyenne nationale.

Au CHU de Limoges, à la mi-mars 2016, neuf personnes sont décédées à la suite de greffes cardiaques réalisées depuis début 2015, soit un taux d'échec de plus de 50 %. L'activité a été suspendue, puis définitivement arrêtée. Dans cette affaire, le système de mesure des résultats n'a été d'aucune utilité car il comporte des délais excessifs : en raison de décalages dans la collecte des données, mais aussi de la définition même de cet indicateur, trois années sont nécessaires pour connaître le taux d'échec à un an des greffes effectuées.

Afin de rapprocher les résultats de la période observée, l'ABM a élaboré un nouvel indicateur fondé sur un type d'analyse statistique adapté à la détection du changement dans la chronique des résultats de chaque équipe de greffe. Cet indicateur, qui doit être prochainement généralisé, est plus sensible[492], mais ne permet pas de comparer les résultats des équipes entre elles. En dépit des multiples données de contexte à prendre en compte, ce travail pourrait cependant nourrir une réflexion sur l'amélioration des pratiques des équipes de transplantation, en plus de procurer une information utile aux candidats à la greffe.

D - Employer de manière plus efficiente les moyens accordés

Sur un plan économique, les greffes présentent un avantage démontré par rapport aux alternatives connues (voir encadré *infra*). Néanmoins, même dans le domaine de la greffe, des marges d'optimisation des moyens engagés sont à mobiliser.

[492] L'observation des résultats à trois mois et un système de relance pour l'obtention des données visent à ramener à quatre mois le décalage entre les résultats et les transplantations.

La greffe du rein, stratégie la plus efficiente pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale

Au 31 décembre 2017, 87 275 personnes étaient traitées pour insuffisance rénale chronique terminale en France. Parmi celles-ci, 47 987 étaient dialysées et 39 288 étaient porteuses d'un greffon.

En 2017, les dépenses d'assurance maladie liées à cette pathologie se sont élevées à 4,2 Md€, dont 3,4 Md€ au titre de la dialyse (séances, transports et médicaments à titre principal) et 0,8 Md€ au titre de la greffe (transplantation et suivi).

En 2017 également, la dépense annuelle moyenne atteignait 62 140 € pour les patients dialysés. Pour les patients en suivi de greffe, elle s'élevait à 13 952 €.

Sous réserve de la durée d'usage des greffons[493], qui varie en fonction de ces derniers et des patients, la dépense annuelle moyenne au titre d'un patient greffe est ainsi 4,5 fois moins élevée que celle au titre d'un patient dialysé.

1 - Réorganiser les activités de transplantation

À l'occasion d'une récente enquête sur le rôle des CHU dans l'offre de soins[494], la Cour a souligné la dispersion de l'activité de greffes d'organe, tant sous l'angle des risques qu'elle fait courir à la santé que sous celui des coûts qu'elle entraîne. Ainsi, en 2017, il y a eu quatre greffes de cœur à Rouen et neuf à Nancy, contre 33 à Lille, 36 à l'hôpital Bichat de Paris et 105 à la Pitié-Salpêtrière ; une seule greffe de pancréas a été faite à Créteil, Montpellier ou Nancy, contre 20 à Nantes et 28 à Lyon. Même pour le rein, qui connaît une activité plus importante, les greffes pédiatriques sont dispersées : deux à Tours-Clocheville, quatre à Lille Jeanne de France, contre 19 à Lyon et 20 à Paris Robert Debré.

Afin de favoriser la qualité et la sécurité des soins, l'autorisation des activités de transplantation devrait être accordée en fonction de seuils d'activité, différenciés par organe et non exclusifs d'autres critères, qu'il s'agisse d'une accréditation renforcée des équipes ou de conditions d'accès garanties au bloc opératoire. Cette évolution devrait constituer l'un des volets de la réforme des autorisations d'activité engagée par le ministère de la santé.

[493] Sur laquelle devrait être répartie une dépense moyenne de 69 138 € par patient greffé en 2017.

[494] Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales du Sénat,* Le rôle des CHU dans l'offre de soins, décembre 2018, 201 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

Une réflexion devrait par ailleurs être engagée sur le maillage des laboratoires d'analyse, généralement communs aux organes et à la moelle osseuse. Si, dans le premier cas, la nécessité de sécuriser le suivi et de disposer de résultats très rapidement et à toute heure du jour et de la nuit impose un maillage assez étroit (29 laboratoires au total, soit plus d'un par région[495]) et un fonctionnement 24 heures sur 24[496], les contraintes sont moindres s'agissant des greffes de cellules souches hématopoïétiques. Dans ce dernier cas au moins, des économies d'échelle permettant de réduire les tarifs pourraient être réalisées en spécialisant un nombre réduit de plateformes, dont une ouverture nocturne ne serait pas nécessaire[497].

S'agissant de l'activité de prélèvement, l'ABM peine à définir des orientations concrètes. Entre des modèles théoriques d'équipes spécialisées dans le prélèvement et des évolutions contradictoires sur le terrain, aucune direction précise ne se dessine. Les bonnes pratiques ne sont pas formalisées dans des référentiels. Les formations de base à l'université, mais aussi celles organisées par l'ABM, ne dégagent pas davantage de solutions immédiatement applicables. Même si, dans le cas précis de certains organes comme le pancréas[498], des groupes de travail ont été réunis, les solutions à mettre en œuvre ne sont pas encore stabilisées.

2 - Réviser certains tarifs

La construction complexe de la rémunération des activités liées à la greffe, dans un domaine où les pratiques médicales évoluent rapidement, appelle un suivi rapproché afin de procéder à des actualisations régulières des cotations des actes. Dans plusieurs cas concernant notamment la moelle osseuse, ce suivi devrait être renforcé.

À cet égard, une difficulté particulière concerne la tarification des analyses d'histocompatibilité (HLA : *human leukocyte antigen*) pour la moelle osseuse. Dans ce domaine, le développement particulièrement rapide des techniques et la lenteur de l'actualisation de la nomenclature des

[495] 14 dépendent d'un CHU, 15 de l'Établissement français du sang.
[496] Dans quelques cas au moyen de conventions passées avec d'autres laboratoires.
[497] Dans le domaine des greffes de cellules souches hématopoïétiques en effet, à l'exception de la sous-catégorie des greffes haplo-identiques, les analyses doivent être généralement réalisées avant la greffe, donc sans urgence.
[498] Pour cet organe au prélèvement difficile, la France est très en retard par rapport à ses voisins (prélèvements de 1,2 par million d'habitant en 2015, contre 3,8 au Royaume-Uni, 6 en Norvège, 3,1 en Suède, 2,1 en Espagne, etc.). L'ABM recense un nombre très élevé de refus « *pour raisons logistiques* », indice d'une organisation perfectible.

actes de biologie médicale effectuée par la CNAM[499] conduisent à des cotations, pour certains des actes les plus couramment utilisés, supérieures de 5 à 30 fois aux coûts de revient constatés. Ces écarts sont particulièrement sensibles sur les techniques de séquençage de nouvelle génération (NGS)[500].

À l'enjeu d'économies lié à une révision des tarifs ou des forfaits (qui peut être estimé à près de 30 M€, soit près de 8 % du total des dépenses de l'assurance maladie consacrées aux greffes), suivant les modalités qui apparaîtront les plus adaptées, s'ajoutent des risques médicaux car certains établissements prescrivent moins d'analyses que ne le recommandent les sociétés savantes.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Des progrès significatifs ont été réalisés ces dernières années dans le domaine des greffes. Leur nombre s'est accru jusqu'en 2017, permettant ainsi de sauver de plus en plus de vies. Pour favoriser ce mouvement, le ministère de la santé, l'Agence de la biomédecine, les établissements et les professionnels de santé ont déployé des efforts considérables pour appliquer les dispositions juridiques qui permettent de prélever de nouvelles catégories de greffons. La France, déjà en avance par rapport à la plupart des pays comparables, tout au moins pour les greffes effectuées à la suite de prélèvements sur des sujets décédés, a amélioré sa position relative en matière de taux de prélèvement et de greffe par habitant.

Au-delà de réussites indéniables, plusieurs signes préoccupants affectent cependant la politique des greffes. Ainsi, la diminution de l'activité en 2018, qui touche presque toutes les sources de prélèvement et la chirurgie de transplantation, pourrait mettre en cause la réalisation des objectifs du plan greffe 2017-2022 et risque d'accroître encore le nombre de patients en liste d'attente, voire ceux qui décèderont à défaut d'une transplantation. Plus profondément, la chaîne de la greffe connaît des fragilités, qu'il s'agisse des contrôles et du suivi imparfaits de ses différents maillons ou d'une égalité de traitement encore incomplètement assurée dans l'accès à la transplantation du rein.

[499] Cette faiblesse structurelle de notre système de santé a été fréquemment relevée par la Cour. Voir Cour des comptes, *Rapport public thématique,* L'avenir de l'assurance maladie : assurer l'efficience des dépenses, responsabiliser les acteurs, La Documentation française, novembre 2017, 287 p., disponible sur www.ccomptes.fr.
[500] Un typage HLA complet par NGS est facturé 25 € en Allemagne, contre 1 890 € en France.

Afin de donner un nouvel élan à la politique des greffes, il convient notamment d'actionner les leviers qui peuvent conduire, à moyen terme, à rééquilibrer l'offre et la demande de greffons, d'identifier et de faire prévaloir les modes d'organisation du prélèvement les plus pertinents, de mettre en œuvre un plan de sécurisation des pratiques des équipes de transplantation et des données médicales des patients greffés et de resserrer les règles d'autorisation des activités de transplantation.

La complexité et la sensibilité des enjeux font que ces nouveaux progrès ne seront pas possibles sans la mobilisation, autour du ministère de la santé et de l'ABM, de l'ensemble des parties prenantes : établissements et professionnels de santé, patients, mais aussi le grand public dont l'adhésion est un enjeu déterminant.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

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).*

Chapitre IX

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

PRÉSENTATION

L'assistance médicale à la procréation (AMP ou PMA pour procréation médicalement assistée) permet aux personnes en situation d'infertilité de mener à bien un projet de naissance d'enfant.

Le recours à la PMA n'a cessé de croître au cours des dernières décennies, parallèlement à l'augmentation de l'âge maternel moyen. Au nombre de 25 614, les enfants nés vivants après une PMA ont représenté 3,3 % des naissances en 2017, contre 2,7 % en 2010 et 2 % en 2002. La PMA occasionne aujourd'hui de l'ordre de 300 M€ de dépenses annuelles pour l'assurance maladie.

Parce qu'elle intervient aux sources mêmes de la vie, suscitant de nombreuses craintes (risques pour les mères et les enfants, dérive eugéniste, clonage, etc.), la PMA fait l'objet d'un régime particulier dans le domaine du soin, qui associe encadrement strict de la recherche et autorisation des centres de soins et des nouveaux procédés par l'Agence de la biomédecine.

Aujourd'hui réservée aux couples de sexe différent en âge de procréer, dont l'infertilité a été médicalement constatée, la PMA pourrait voir son champ étendu, à l'occasion de la révision en cours de la loi relative à la bioéthique, aux femmes célibataires et aux couples de femmes ; par ailleurs, possibilité pourrait être donnée aux femmes de conserver des ovocytes en vue d'un projet maternel ultérieur.

Indépendamment de ces questions éthiques étrangères à ses attributions, la Cour s'est penchée sur l'organisation, le fonctionnement, le coût et les résultats du dispositif français d'assistance médicale à la procréation, tel qu'il se présente avant la révision de la loi relative à la bioéthique.

Cette enquête fait ressortir la diversité de l'offre de PMA, supervisée par l'Agence de la biomédecine et assurée sur la majeure partie du territoire par des centres publics et privés, et l'effort financier significatif consacré à cette activité par l'assurance maladie (I). Pour autant, les résultats de la PMA ne sont pas optimaux, qu'il s'agisse du taux de naissances par tentative, de l'adéquation des dons de gamètes aux besoins ou de la place de la recherche française au niveau international (II). Compte tenu des efforts consentis, les enjeux d'efficience propres à l'assistance médicale à la procréation doivent être mieux pris en compte (III).

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

Les techniques d'assistance médicale à la procréation

Les techniques de PMA consistent en l'insémination artificielle (insémination intra-utérine ou IIU) et en la fécondation *in vitro* (FIV)[501], cette dernière étant suivie d'un transfert dans l'utérus de l'embryon cultivé *in vitro*. La FIV peut être classique (fécondation naturelle des gamètes mises en contact) ou être pratiquée par micro-injection des spermatozoïdes dans l'ovocyte (technique dite ICSI pour *intra cytoplasmic sperm injection*)[502]. Les embryons qui ne sont pas transférés quelques jours après la fécondation peuvent être congelés pour être transférés ultérieurement (TEC pour transfert d'embryon congelé).

La PMA peut être réalisée avec les gamètes du couple souhaitant obtenir une naissance (PMA intraconjugale), ou avec les gamètes (spermatozoïdes ou ovocytes) donnés par un tiers (PMA avec donneur). Une forme particulière de PMA avec donneur consiste à transférer dans l'utérus de la femme un embryon congelé issu d'une précédente tentative d'un autre couple (embryon surnuméraire), qui a accepté d'en faire le don à un autre couple (PMA avec accueil d'embryon).

Un diagnostic préimplantatoire (DPI) peut être effectué à partir de cellules prélevées sur les embryons conçus grâce à une fécondation *in vitro*. Il est réservé aux couples risquant de donner naissance à un enfant atteint d'une maladie génétique grave et incurable.

A - Une offre sanitaire publique et privée qui assure une couverture territoriale globalement adaptée aux besoins

Supervisé par l'Agence de la biomédecine (ABM), qui suit les activités de PMA et délivre certaines autorisations, le dispositif français d'assistance médicale à la procréation est composé de centres et de laboratoires publics et privés qui couvrent assez largement le territoire national.

[501] La première fécondation *in vitro* a été effectuée au Royaume-Uni en 1978.
[502] La première FIV par ICSI a été effectuée en Belgique en 1992.

1 - Le rôle de l'ABM en matière de PMA

La loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique a confié à l'Agence de la biomédecine, nouvellement créée, une compétence étendue dans les domaines de la procréation, de l'embryologie et de la génétique humaine. Cette agence constitue une singularité dans le paysage européen, où ces activités sont généralement supervisées par des directions d'administration centrale, comme le sont les autres spécialités médicales[503].

L'ABM donne des avis simples aux agences régionales de santé (ARS) lors de la délivrance des autorisations d'activité aux centres clinico-biologiques et aux laboratoires d'insémination artificielle et lors de leur renouvellement. Elle apporte le cas échéant son concours aux missions d'inspection diligentées par les ARS. Elle participe aussi à l'élaboration de règles de bonnes pratiques professionnelles, qui font l'objet d'un arrêté du ministre de la santé.

L'ABM est enfin chargée par la loi d'évaluer les conséquences des activités de l'assistance médicale à la procréation sur la santé des personnes qui y ont recours et sur celle des enfants qui en sont issus. Elle exploite à cette fin le registre national recensant toutes les tentatives de PMA et leur résultat, dont elle assure la gestion, et les données médico-administratives de l'assurance-maladie (données sur les séjours hospitaliers extraites du PMSI, et bientôt ensemble des données du SNIIRAM).

De premiers résultats confirment les risques propres à la PMA, mis en lumière par la littérature scientifique sur des cohortes de patients plus réduites : pour les enfants, les risques de faible poids, de naissance prématurée ou de malformation congénitale, sont accrus de 20 à 30 % par rapport aux naissances hors FIV, tout en conservant une fréquence limitée[504] ; pour les femmes, hors du syndrome d'hyperstimulation ovarienne propre à la FIV, on peut noter une augmentation de de 8,2 % à 9,9 % du risque de diabète gestationnel, et une augmentation plus significative du risque de *placenta praevia*[505], qui concerne 0,6 % des grossesses hors FIV et 2,9 % de celles issues de FIV.

---

[503] L'agence britannique HFEA (*Human Fertilisation and Embryology Authority*) intervient pour sa part dans les seuls domaines de la PMA et de l'embryologie, sans couvrir le diagnostic prénatal comme le fait l'ABM.

[504] À titre d'exemple, la fréquence des malformations congénitales passe en analyse multivariée de 2,4 % pour les naissances hors FIV à 3 % pour les naissances issues de FIV, sans augmentation du risque pour les anomalies chromosomiques (dont la fréquence avoisine 0,12 %).

[505] Lorsque le *placenta* n'est pas localisé en haut de l'utérus. La présence d'un *placenta prævia* expose à des risques d'hémorragie et de naissance prématurée.

Ces constats confirment la nécessité d'un suivi thérapeutique attentif des femmes engagées dans un parcours de FIV et des nouveau-nés qui en sont issus.

Une démarche d'inspection à adapter en prenant appui sur le dispositif d'AMP Vigilance

L'ABM s'efforce de coordonner l'inspection et le contrôle des centres et des laboratoires de PMA par les agences régionales de santé, que la réglementation européenne préconise d'effectuer à un rythme biennal.

La difficulté éprouvée par la plupart des ARS à respecter ce rythme biennal, en dépit du concours apporté pour certaines missions par l'équipe d'inspection de l'ABM, invite à définir une démarche plus sélective, combinant examens sur place et contrôles sur pièces.

L'ABM anime et centralise le dispositif de vigilance propre à la PMA. Les 568 déclarations transmises en 2018 par les centres clinico-biologiques et par les laboratoires d'insémination artificielle faisaient état de 569 événements, dont 438 effets indésirables des traitements et 131 incidents susceptibles d'entraîner des pertes de gamètes ou d'embryons[506].

La programmation des inspections devrait découler d'une analyse des risques intégrant la fréquence des incidents signalés au travers de l'AMP vigilance et des résultats sous-optimaux signalés dans les rapports d'évaluation des centres de PMA, aujourd'hui peu exploités par l'ABM[507].

2 - Une prise en charge équilibrée entre public et privé, en dehors d'activités spécifiques exercées en majorité dans le secteur public

L'offre sanitaire de PMA comprend 103 centres clinico-biologiques pratiquant la fécondation *in vitro* (FIV) et 183 laboratoires préparant le sperme en vue de l'insémination artificielle, dont une majorité est intégrée à un centre clinico-biologique.

[506] ABM, *Rapport annuel 2018 sur le dispositif de vigilance relatif à l'assistance médicale à la procréation*, juillet 2019.

[507] L'ABM incite néanmoins les centres dont les résultats ajustés affichent un écart significatif par rapport à la norme à entreprendre le cas échéant des actions correctrices. Un accompagnement individuel des centres en difficulté est proposé par l'agence dès lors que les difficultés sont observées sur plusieurs années.

Les 49 367 tentatives d'insémination intra-utérine recensées en 2016 ont été réalisées à hauteur de 30 % dans les centres clinico-biologiques rattachés aux hôpitaux publics (dont 19 % dans les CHU), 4 % dans les centres rattachés aux établissements privés sans but lucratif (ESPIC), les 66 % restants recouvrant à la fois les cliniques privées et les gynécologues de ville, sans que les données disponibles permettent de les distinguer.

Les 102 244 tentatives de FIV, toutes modalités confondues, intervenues en 2017 se sont réparties entre hôpitaux publics (45 %, dont 34 % pour les CHU), cliniques privées (46 %) et ESPIC (9 %).

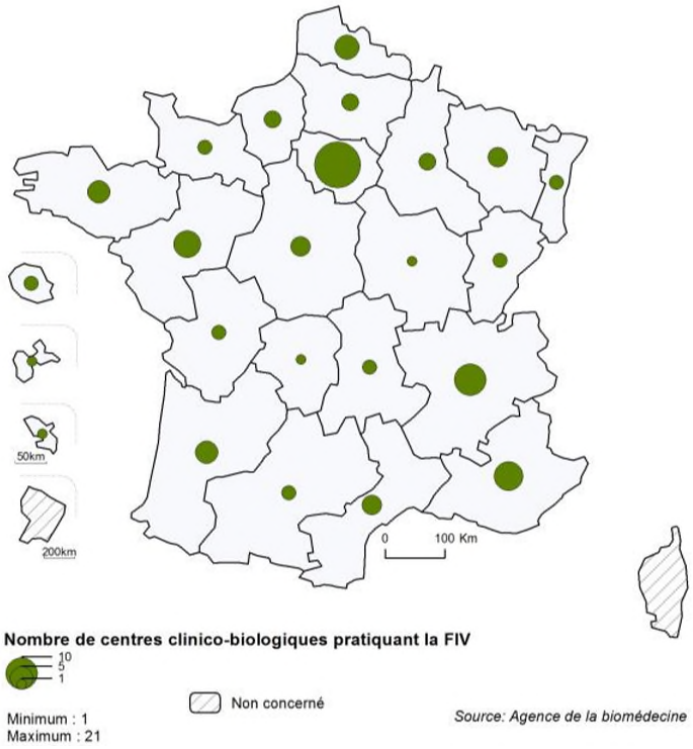
Cette répartition équilibrée entre secteurs public et privé vaut pour la majeure partie de l'activité de PMA. Les établissements publics concentrent en revanche quatre activités complexes : la PMA en contexte viral (VIH, hépatites B et C, virus Zika), qui a donné lieu à 2 190 tentatives en 2017 ; la préservation de la fertilité chez les patients souffrant d'une pathologie ou exposés à des traitements susceptibles de compromettre leurs chances ultérieures de procréation (action 8.1 du plan Cancer III), qui a concerné 7 474 nouveaux patients en 2017 ; le diagnostic préimplantatoire (DPI), pratiqué dans cinq centres publics qui ont répondu positivement à 797 demandes en 2017 ; la PMA avec don de gamètes par un tiers (6 552 tentatives en 2017, soit 4,3 % des tentatives d'assistance médicale à la procréation).

Pour la FIV, l'activité de don d'ovocytes est exercée à hauteur de 83 % par les hôpitaux publics, de 16 % par les ESPIC, et de 1 % par une association de la loi du 1er juillet 1901 qui fournit une clinique privée en gamètes.

3 - Une offre présente sur la majeure partie du territoire national

Un peu plus de la moitié des départements, concentrant plus de 70 % de la population des femmes de 20 à 39 ans, disposent d'une offre de fécondation *in vitro*. Selon le cas, elle émane de structures publiques ou privées, ou relève au contraire d'un seul secteur. Ainsi, pour 14 des 52 départements disposant d'une offre de FIV, cette offre a exclusivement un caractère privé lucratif ; les prestations concernées peuvent alors faire l'objet de dépassements d'honoraires plus ou moins importants.

Carte n° 4 : offre de soins en fécondation *in vitro* (2016)



Ainsi, la densité de l'offre de FIV, qui requiert plusieurs déplacements dans un centre de PMA, est importante en Île-de-France et dans le quart sud-est, moindre dans le centre de la France et faible dans les zones ultra-marines et insulaires. Le maillage territorial est relativement dense pour les zones urbanisées, caractérisées par un âge maternel plus élevé, facteur de risque pour la fertilité. Il l'est moins dans les zones éloignées des principales métropoles.

Plus nombreuse que celle de FIV, l'offre d'insémination est aussi plus largement répandue sur le territoire. En 2016, les 180 laboratoires pratiquant la préparation de spermatozoïdes en vue d'une insémination (laboratoires indépendants ou intégrés aux centres clinico-biologiques) ont eu une activité médiane de 196 inséminations ; environ un quart d'entre

eux ont une activité réduite[508], sachant que la technicité requise est moins marquée que celle demandée par la FIV. Pour leur part, les 100 centres pratiquant la FIV ont eu une activité médiane de 567 ponctions ovocytaires[509].

B - Des coûts significatifs pour l'assurance maladie

1 - Une facturation éclatée entre séjours hospitaliers, consultations, actes cliniques et actes de biologie

Les couples faisant appel à la PMA entrent dans un parcours comportant une succession de consultations, d'actes biologiques et cliniques, accompagnés pour la FIV d'un séjour hospitalier pour prélèvement d'ovocytes. Le financement de ce parcours, pris en charge à 100 % par l'assurance maladie jusqu'au 43ème anniversaire de la femme, relève de plusieurs modalités et autorités administratives (ATIH pour les séjours hospitaliers relevant du PMSI, CNAM pour les actes biologiques et cliniques, ministère de la santé/ABM pour les dotations relatives aux missions d'intérêt général des établissements de santé - MIG). Aucune ne dispose d'une vision consolidée des dépenses liées à la PMA.

Le coût de la PMA pour l'assurance maladie peut cependant être approché en prenant en compte les étapes qui jalonnent les parcours de l'insémination artificielle et de la fécondation *in vitro*. Il en ressort pour la PMA réalisée avec les gamètes du couple un coût compris entre 845 € pour une tentative d'insémination artificielle et 4 419 € pour une tentative d'ICSI suivie d'un transfert d'embryon congelé, incluant dans les deux cas un bilan de fertilité. Cette estimation doit être tenue pour un plancher, certains centres facturant un nombre plus élevé d'actes et de consultations dans le cadre d'une insémination ou d'une FIV. Par ailleurs, elle ne tient pas compte du coût pour l'assurance maladie de la morbidité attachée aux grossesses multiples, dont la fréquence demeure élevée en cas de PMA.

[508] 46 laboratoires ont eu une activité inférieure ou égale à 100 inséminations artificielles en 2017, dont 27 ont eu une activité inférieure ou égale à 50 inséminations.
[509] Parmi eux, sept centres ont réalisé moins de 150 fécondations *in vitro*.

Tableau n° 39 : coût d'une tentative de PMA pour l'assurance-maladie (2016)

	Public et privé non lucratif (en euros)	Privé lucratif (en euros)
Insémination intra-utérine	845	845
FIV	4 085	3 038
ICSI	4 368	3 322
FIV + TEC	4 252	3 205
ICSI + TEC	4 419	3 572

Source : Cour des comptes d'après des données de l'ABM et les tarifs 2016.

D'après cette estimation, les prises en charge dans les cliniques privées apparaissent moins coûteuses pour l'assurance maladie que celles assurées par l'hôpital public, l'écart de coût pour l'assurance maladie étant de l'ordre de 25 %, après prise en compte des honoraires facturés par les praticiens exerçant en clinique, à l'occasion du séjour pour prélèvement d'ovocytes. Au moins pour partie, cet écart traduit une différence de patientèle entre les secteurs publics et privés de tarification.

Dépenses pour l'assurance maladie et état de santé des patientes prises en charge en FIV selon les secteurs de soins

Constatant un écart de coût significatif entre les prélèvements d'ovocytes réalisés dans les établissements de santé publics et privés non lucratifs d'une part (secteur public de tarification) et privés lucratifs (secteur privé de tarification) d'autre part[510], la Cour a extrait du système national des données de santé (SNDS) les données concernant les patientes prises en charge à ce titre dans les deux catégories d'établissements au cours d'un mois donné, soit un échantillon de 6 640 patientes pour le mois de juin 2016.

Les dépenses d'assurance maladie prises en compte recouvrent les séjours dans les établissements de santé (hors séjours de prélèvement d'ovocytes), les actes et consultations externes et les soins de ville, quel que soit le motif du recours aux soins. De manière à rendre la comparaison plus pertinente, ont été retirées de l'échantillon les patientes atypiques (donneuses d'ovocytes, contexte viral, prise en charge en oncologie, soit au total 120 patientes), surreprésentées dans les établissements du secteur public de tarification.

[510] Tarif moyen 2018 du GHS 13C16J de prélèvement d'ovocytes en ambulatoire dans les établissements publics et privés non lucratifs : 1 169 € ; tarif moyen 2018 dans les établissements privés lucratifs : 339 €, plus 137 € d'honoraires moyens.

Dépenses moyennes par patiente, prises en charge par l'assurance maladie, avant et après prélèvement d'ovocytes

Type d'établissement	Nombre de patientes de l'échantillon	Dépenses moyennes (€)	
		6 mois précédents	12 mois suivants
Secteur privé lucratif	3 037	3 146	7 509
Secteurs public et privé non lucratif	3 483	3 632	8 153
Total	6 520	3 406	7 853

Source : calculs Cour des comptes, d'après des données du SNDS.

Qu'il s'agisse des dépenses précédant ou suivant l'hospitalisation, leur somme est plus importante pour les patientes ayant fait l'objet d'un prélèvement ovocytaire dans les établissements du secteur public de tarification que dans le secteur privé lucratif.

Un élément explicatif tient au fait que les patientes du secteur public de tarification présentent plus de pathologies associées à l'infertilité que celles du secteur privé. Sur l'ensemble de l'échantillon, le nombre de patientes pour lesquelles est codé au moins un diagnostic associé lors du prélèvement ovocytaire est deux fois plus élevé dans le secteur public que dans le secteur privé de tarification (41,9 % contre 20,8 %).

Les patientèles des deux secteurs sont donc significativement différentes, la charge en soins au cours des 6 mois précédant et des 12 mois suivant le prélèvement ovocytaire étant probablement plus élevée, tous motifs de recours aux soins confondus, pour les patientes du secteur public que pour les patientes du secteur privé.

En valorisant, à l'aide de l'estimation de leur coût moyen, les tentatives de PMA recensées en 2016, et en ajoutant à cette valorisation les dotations de mission d'intérêt général (MIG) relative à l'assistance médicale à la procréation destinées à couvrir les coûts de cette activité non pris en compte dans les tarifs (18 M€ versés aux centres de PMA publics et privés[511]), le coût de la prise en charge des donneurs de gamètes[512] et les remboursements par l'assurance maladie des tentatives de PMA effectuées à l'étranger, le coût global de la PMA pour l'assurance maladie peut être estimé à 295 M€. Ce montant ne tient pas compte des déficits d'exploitation qu'engendre cette activité dans certains établissements publics de santé selon les données de leur comptabilité analytique.

[511] Le montant de la MIG PMA s'est élevé à 19 M€ en 2018.
[512] Pour la part qui n'est pas déjà couverte par la MIG AMP.

Au regard de cette estimation, le coût moyen pour l'assurance maladie d'une naissance résultant d'une insémination artificielle ressortait en 2016 à 7 088 € et celui d'une naissance résultant d'une fécondation *in vitro*, toutes modalités confondues, à 13 849 €.

2 - Des financements incitatifs pour les activités liées aux dons de gamète

Les dons de gamètes (spermatozoïdes ou ovocytes) ne concernent que 4,3 % des tentatives de PMA. Cette activité est pour l'essentiel financée en dehors des tarifs T2A, et est à l'origine de près de la moitié des financements extratarifaires dont bénéficient les centres de PMA.

La loi pose le principe d'un don de gamètes anonyme et gratuit. Ce don ne peut être réalisé que dans un établissement public ou privé non lucratif. Le don dirigé, par lequel le donneur désigne le receveur, autorisé en Belgique et au Royaume-Uni, est interdit. Le double don (de sperme et d'ovocytes) et la gestation pour autrui sont de même interdits. Les dons d'embryons, issus de tentatives de couples acceptant de donner leurs embryons surnuméraires, sont autorisés, mais ne représentent qu'une part marginale des tentatives et des naissances par PMA.

L'activité de don de gamètes des centres clinico-biologiques bénéficie d'un soutien financier significatif. Il repose d'une part sur une dotation de mission d'intérêt général (MIG) relative à l'assistance médicale à la procréation, dont plusieurs compartiments sont dépendants des dons de gamètes et des accueils d'embryon[513] réalisés dans les centres publics. À la suite d'un rapport de l'IGAS de 2011[514], l'activité de don de gamètes a été mieux rémunérée afin d'inciter les centres publics à la développer. Les activités de don comptaient pour 7,5 M€ dans le calcul de la MIG 2018, calée sur l'activité 2016, soit 40 %[515] d'un financement total de 19 M€.

[513] L'accueil d'embryons, qui concerne des embryons surnuméraires cédés par des couples n'ayant plus de projet parental, représente une part tout à fait marginale de l'activité de PMA (154 tentatives et 25 naissances en 2016). La mise en œuvre de ce procédé présente une très grande complexité. En outre, il est difficile pour un couple potentiellement donneur « d'abandonner » un embryon qui deviendra après son transfert le frère ou la sœur génétique de l'enfant ou des enfants qu'ils ont déjà conçus grâce à la PMA.

[514] Rapport IGAS n° RM2011-024P, *État des lieux et perspectives du don d'ovocytes en France*, février 2011.

[515] Les autres postes correspondent aux surcoûts cliniques (31 %), la préservation de la fertilité (22 %) et le risque viral (7 %).

L'ABM évalue par ailleurs à 1 505 € les coûts de prise en charge d'un donneur de spermatozoïdes facturés directement à l'assurance maladie, et à 3 703 € ces mêmes coûts pour la prise en charge d'une donneuse d'ovocytes.

Compte tenu du nombre de tentatives de PMA avec don recensées en 2016, le coût d'obtention des gamètes par tentative peut être évalué à 538 €[516] pour les paillettes de sperme et à 6 271 € pour les ovocytes, ce qui apparaît relativement élevé, notamment pour les paillettes de sperme, dont le coût de délivrance était estimé à 233 € dans une étude de coût réalisée en 2012 par le CECOS[517] de Rennes.

Ces estimations du coût moyen des naissances et des dons de gamètes justifient que les préoccupations médico-économiques aient toute leur place dans la définition et la mise en œuvre de la politique d'assistance médicale à la procréation.

II - Des résultats dans la moyenne européenne

Un parcours de PMA est généralement jalonné de nombreux échecs. À cet égard, les 25 614 naissances vivantes enregistrées en 2016 doivent être mises en regard des 151 611 tentatives, toutes techniques confondues, recensées la même année.

Certains pays européens présentent cependant des taux de naissance par tentative de PMA plus favorables que ceux observés en France. La situation n'est par ailleurs pas pleinement satisfaisante en ce qui concerne l'effectivité du droit à la PMA et la mise en œuvre d'innovations susceptibles d'en améliorer l'efficacité. Ainsi, une partie des demandes de PMA avec don de gamètes est satisfaite hors de France. Par ailleurs, la recherche française en assistance médicale à la procréation perd du terrain sur la scène internationale, et la diffusion de nouveaux procédés dans les centres clinico-biologiques s'avère particulièrement difficile.

[516] Pour mémoire, les banques de spermes étrangères, au premier rang desquelles la banque danoise, commercialisent des paillettes à des prix compris entre 30 et 200 euros en fonction des exigences d'anonymat des donneurs. Ces opérations s'inscrivent dans un cadre mercantile strictement proscrit par la législation française.
[517] Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains.

A - Des marges de progrès en matière de taux de naissances et de grossesses multiples

1 - Des taux de naissances par tentative de fécondation *in vitro* qui situent la France dans la moyenne des pays européens

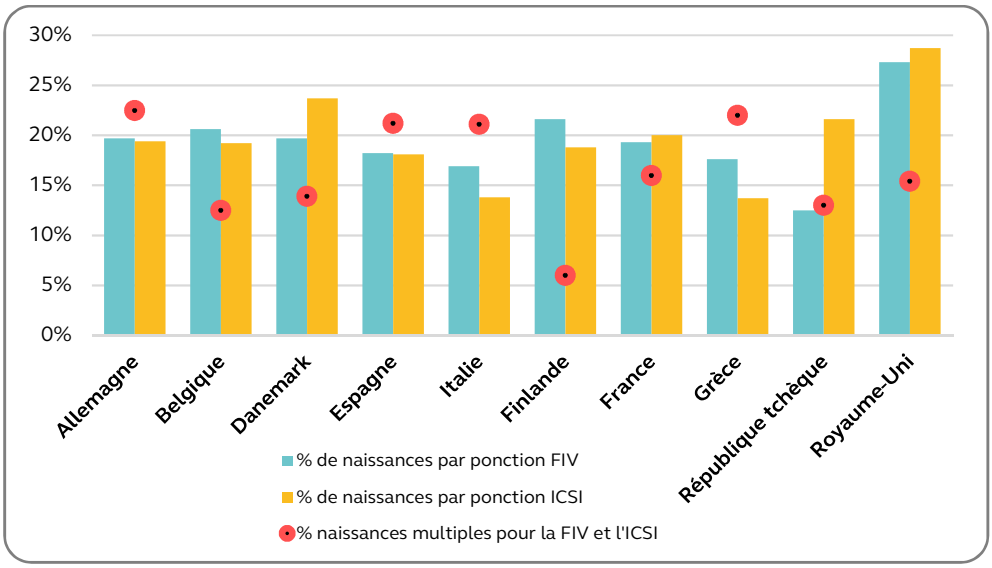
Les taux de naissance par tentative de fécondation *in vitro* positionnent la France à un niveau intermédiaire entre les pays les plus performants, au premier rang desquels le Royaume-Uni, suivi par le Danemark, et des pays qui le sont moins tels que l'Italie. Pour les transferts d'embryons non congelés[518], les FIV ont permis une naissance dans un peu plus de 20 % des cas en France en 2016 (20,2 % pour le FIV hors ICSI et 20,7 % pour l'ICSI[519]), contre 28 % pour le Royaume-Uni et 16,9 % pour l'Italie.

Les résultats du Royaume-Uni, supérieurs de plus de 8 points aux résultats français, le situent à un niveau proche des États-Unis, où le taux de naissance par cycle de FIV était de 29,2 % en 2015. Le faible recours à l'insémination artificielle au Royaume-Uni peut avoir pour effet de diriger vers la fécondation *in vitro* des patientes dont les chances de grossesse sont supérieures à celles des patientes prises en charge en FIV/ICSI en France, où l'insémination artificielle constitue le traitement de référence pour les cas les moins difficiles.

Sans méconnaître l'impact des différences de patientèles et d'indications sur les résultats de la FIV, cet écart entre les performances françaises et britanniques fait apparaître des marges de progression potentielles du côté des centres clinico-biologiques français, pour lesquels quatre tentatives de FIV sur cinq se soldent par un échec.

[518] Les résultats intégrant les transferts d'embryons congelés ne sont pas renseignés pour tous les pays dans les statistiques européennes.
[519] Pour les tentatives intraconjugales en 2016.

Graphique n° 22 : résultats de la fécondation *in vitro* en Europe (2016)



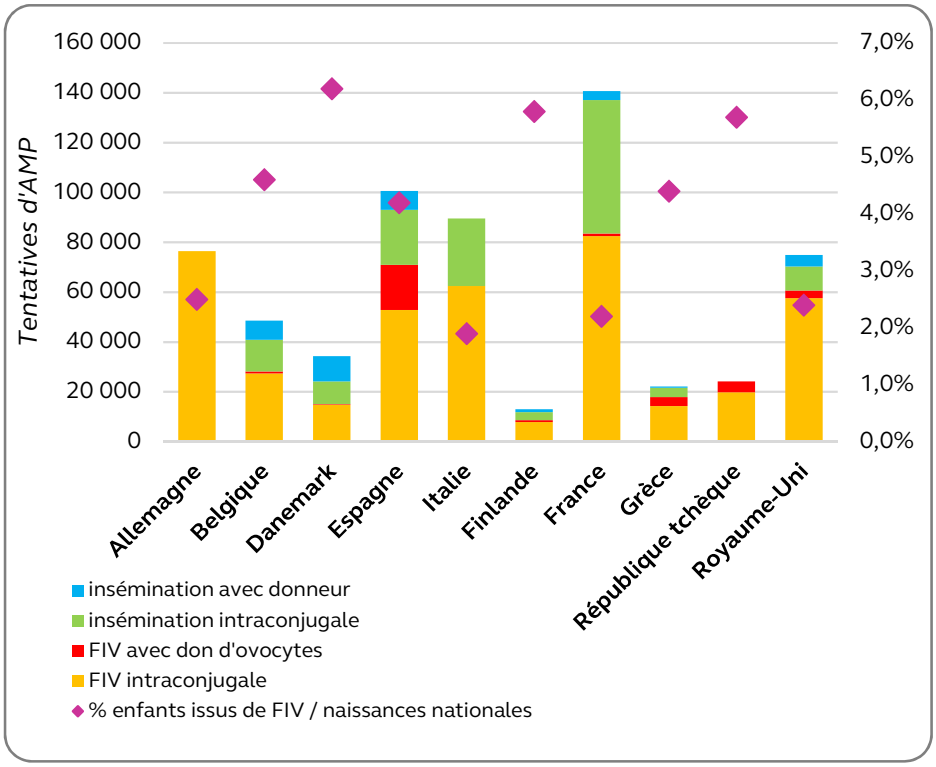
Source : ESHRE 2017.

La prise en considération des naissances multiples dans l'appréciation de la performance de la fécondation *in vitro* relativise par ailleurs les résultats obtenus par l'Allemagne et l'Espagne.

2 - Une place importante de l'insémination artificielle en France

Forme d'assistance à la procréation la plus simple, la moins invasive et la moins coûteuse, l'insémination est proposée en France en traitement de première intention, tandis qu'elle est moins pratiquée dans la plupart des autres pays européens.

Graphique n° 23 : recours à la PMA en Europe (2013)



Source : ESHRE 2017, ART in Europe in 2013.

En Belgique, au Royaume-Uni et au Danemark, l'insémination est souvent associée à un don de sperme par un tiers, venant pallier une infertilité masculine sévère, alors qu'en France elle est intraconjugale dans 95 % des cas.

Le taux de succès des tentatives d'insémination (taux d'accouchement moyen de 10,6 % pour l'insémination intraconjugale) est inférieur de moitié à celui obtenu pour la FIV avec transfert d'embryon non congelé, cet écart s'estompant quelque peu lorsque la comparaison porte sur les naissances par femme et par année, et non par tentative[520].

[520] Il est possible de mener à bien jusqu'à quatre cycles d'insémination artificielle pour une même patiente dans une année, alors qu'il est difficile de réaliser plus de deux cycles de FIV au cours de cette même période.

Selon les centres clinico-biologiques les plus favorables à l'insémination artificielle, après quatre tentatives d'insémination artificielle infructueuse, il convient de passer à une fécondation *in vitro*. L'assurance maladie remboursant jusqu'à six tentatives, certains praticiens peuvent cependant poursuivre le traitement après quatre échecs, malgré le risque de perte de chance pour certaines patientes.

3 - Une réduction des grossesses multiples, surtout pour les FIV

Pour la fécondation *in vitro*, ces dernières années ont vu la montée en puissance de la technique des transferts dans l'utérus d'embryons congelés à l'issue d'une précédente tentative (TEC), accompagnée d'une diminution du nombre d'embryons transférés. La France a ainsi suivi avec quelques années de décalage la voie ouverte par la Belgique, en réduisant à un embryon unique le transfert effectué lors des premières tentatives, et en limitant autant que possible les transferts de plus de deux embryons.

Le taux de transferts mono-embryonnaires est ainsi passé de 35,9 % en 2013 à 50,6 % en 2017, ce qui a entraîné une diminution progressive des accouchements multiples, facteurs de risque accru pour la mère et l'enfant, ramenés de 15,9 % en 2013 à 11,7 % en 2017.

Tout en restant très supérieur à celui observé en population générale, où il représente moins de 1,8 % des naissances, le taux d'accouchements multiples après FIV se rapproche ainsi de celui observé dans les pays européens considérés comme les plus vertueux en matière de transferts embryonnaires[521], car ne cherchant pas à maximiser les résultats de la FIV au détriment de la santé des mères et des enfants.

Les inséminations artificielles sont elles aussi à l'origine d'un risque accru de grossesse multiple. Le taux de naissances multiples a légèrement décru depuis 2012, tout en se situant encore à 9,4 % en 2017.

[521] Finlande, Belgique, Danemark (pour le taux de grossesses multiples liées à une FIV).

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

1 - Des donneurs en nombre tout juste suffisant pour couvrir les besoins en don de sperme

Si les dons de sperme permettent aujourd'hui de répondre à la demande dans des délais généralement inférieurs à un an[522], la couverture des besoins est facilitée par la diminution des inséminations avec don au cours des dix dernières années.

Cette diminution peut s'expliquer en partie par la montée en charge des ICSI, notamment pour les pathologies masculines sévères qui condamnaient auparavant à l'échec les tentatives de conception intraconjugale. L'ABM rapporte par ailleurs qu'une difficulté à mobiliser les donneurs a été observée en 2009 et 2010 au plus fort des débats sur la levée de l'anonymat précédant l'adoption de la loi du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique.

La préservation de l'anonymat est aujourd'hui compromise par la montée en puissance des tests génétiques accessibles sur internet. L'équilibre observé aujourd'hui entre l'offre et la demande de spermatozoïdes, gérées l'une et l'autre pour l'essentiel par la fédération des 29 centres d'études et de conservation du sperme humain (CECOS), apparaît de ce fait précaire.

De fait, en 2017, il n'y a eu que 404 donneurs pour la France entière qui ont permis 4 575 tentatives de PMA avec don de sperme.

[522] Certaines catégories de population peuvent être confrontées à des délais plus longs lorsqu'elles présentent des spécificités, notamment ethniques, rendant plus difficiles les appariements entre les caractéristiques physiques des donneurs et receveurs (comme la couleur de la peau ou des yeux).

2 - Une situation de pénurie persistante pour les dons d'ovocytes, attestée par le flux de patientes françaises vers l'étranger

a) Des mesures visant à développer le don d'ovocytes

L'insuffisance des dons d'ovocytes au regard des besoins nationaux a conduit l'IGAS à préconiser en 2011 de renforcer l'attractivité financière de l'activité de don de gamètes pour les centres de PMA publics et privés à but non lucratif, d'amplifier les campagnes d'information sur le don auprès du grand public et de renoncer à l'exigence de primo-maternité alors imposée aux donneuses. L'objectif affiché était celui de l'autosuffisance nationale en matière d'ovocytes, avec un nombre de prises en charge annuelles en PMA porté progressivement de 1 500 à 3 000, pour des besoins évalués entre 4 000 et 6 000.

L'ABM a de ce fait développé les campagnes de communication sur le don de gamètes, axées progressivement sur le recrutement de donneuses. Elle a néanmoins conservé une grande prudence dans sa démarche, qui demeure plus proche de l'information que de la promotion d'un geste qui n'est pas exempt de risque pour les femmes concernées.

Le don de gamètes par des personnes sans enfant, prévu par la loi du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, est par ailleurs entré en vigueur en 2016. Les textes autorisant cette ouverture n'ont été publiés que fin 2015, en raison d'une controverse portant sur la conformité aux principes éthiques comme sur la portée[523] de la possibilité reconnue aux donneuses n'ayant jamais eu d'enfant de conserver à leur profit une partie des ovocytes recueillis.

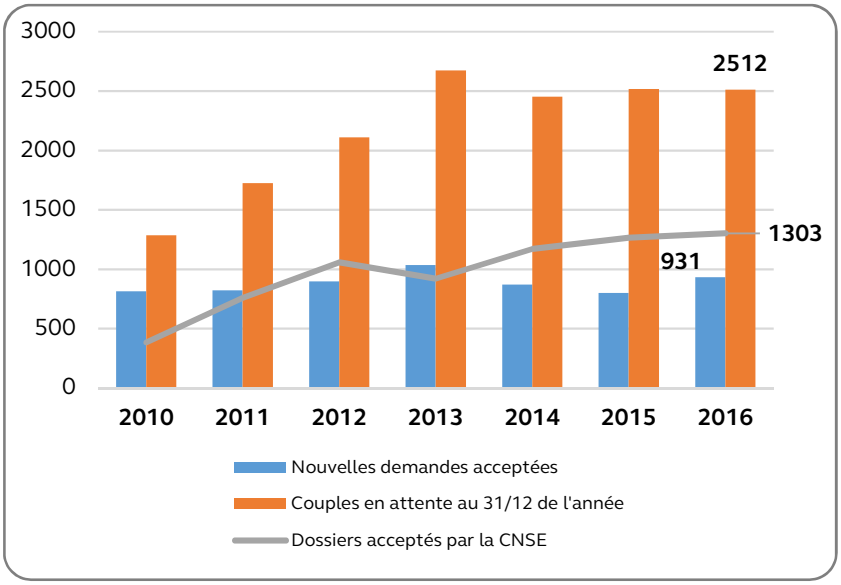
La conjonction de ces mesures a dynamisé l'offre d'ovocytes, qui a doublé depuis 2010, pour atteindre 756 prélèvements en 2017 (+40 % par rapport à 2015), dont 245 chez des femmes n'ayant jamais eu d'enfant.

[523] Les textes imposant de servir en priorité la receveuse, le nombre d'ovocytes recueillis (en moyenne 9,3 pour les prélèvements hors don) peut être insuffisant pour garantir statistiquement une grossesse ultérieure, d'autant que certains ovocytes supportent mal une congélation.

b) Le dynamisme des prises en charge en dehors du territoire national

Pour autant, les couples ayant bénéficié d'un don d'ovocytes en France (1 069 en 2017) sont trop peu nombreux pour résorber une file d'attente qui comptait 2 726 couples fin 2017. Les durées d'attente peuvent atteindre de deux à cinq années, sauf si le couple présente une donneuse dite « relationnelle »[524] qui lui permettra de progresser plus rapidement dans la file.

Graphique n° 24 : demandes de PMA avec dons d'ovocytes (2010-2016)



Source : ABM.

Plus encore, le recours à des soins transfrontaliers, remboursés en partie par l'assurance-maladie, ne cesse de croître depuis 2011. Depuis 2014, les nouvelles demandes acceptées par le Centre national des soins à l'étranger - CNSE (1 303 en 2016) dépassent les nouveaux patients pris en charge en France.

[524] Les couples peuvent présenter une personne prête à donner ses gamètes (spermatozoïdes ou ovocytes), le don étant alors qualifié de « relationnel ». Ce don sera nécessairement fait en faveur d'un couple tiers anonyme. La loi précise en outre que le bénéfice d'un don de gamètes ne peut en aucune manière être subordonné à la présentation d'un donneur par le couple (art. L.1244-7 du code de la santé publique).

Le remboursement par l'assurance maladie des PMA réalisées à l'étranger

Le Centre national des soins à l'étranger (CNSE) de l'assurance maladie rembourse après entente préalable les actes de PMA réalisés à l'étranger lorsque le couple remplit les conditions pour une prise en charge en France (infertilité médicalement constatée, âge inférieur à 43 ans pour la femme).

L'essentiel des demandes concerne des FIV avec don de gamètes. D'après le CNSE, 52 % des patientes remboursées en 2017 avaient 40 ans ou plus, et leur probabilité d'obtenir la prise en charge d'une PMA réalisée en France avant l'âge de 43 ans était faible, voire nulle, compte tenu des délais d'attente observés pour avoir accès à un don d'ovocytes.

L'Espagne est la première destination des patients se dirigeant vers l'étranger pour une PMA prise en charge par l'assurance maladie (70 % des dossiers traités par le CNSE à ce titre, la République tchèque, deuxième destination, comptant pour 22 % des dossiers).

En 2017, le montant moyen remboursé par dossier s'élevait à 1 243 € pour les actes de PMA et à 202 € pour les frais de transport, soit un taux moyen de prise en charge de 29 % des frais présentés au remboursement par les couples concernés. Le coût total de ces prises en charge pour l'assurance maladie atteignait 1,9 M€.

Le dynamisme de ce flux transfrontalier atteste l'insuffisance de la réponse apportée au plan national à la demande des couples. Il soulève une autre difficulté : le remboursement partiel par l'assurance maladie d'actes soutenus par des pratiques commerciales (rémunération du don, démarchage des gynécologues et des patients français) interdites en France.

En dépit des progrès observés depuis que les personnes sans enfant sont autorisées à donner leurs gamètes, l'écart entre l'offre et la demande d'ovocytes rend très ambitieux à droit constant l'objectif d'autosuffisance nationale en matière de gamètes affiché en 2011.

En France, les donneuses d'ovocytes bénéficient d'une prise en charge à l'euro près de l'ensemble des frais liés au don, qu'ils soient médicaux ou non (transport, hébergement, perte de salaire), sur présentation de justificatifs. Les pays européens qui enregistrent de meilleurs résultats que la France en matière de dons leur attribuent des indemnisations forfaitaires (750 £ au minimum au Royaume-Uni, 900 à 1 000 € en Espagne, 2 000 € en Belgique).

Par ailleurs, les centres privés de PMA, qui accueillent près de la moitié des patientes françaises, ne sont pas autorisés à recueillir et conserver les gamètes destinés au don, alors que leur clientèle peut être à même de sensibiliser des donneuses et donneurs potentiels. Dans son rapport de janvier 2018 sur l'application de la loi de bioéthique, l'ABM estimait que la révision de la loi pourrait être l'occasion « de réfléchir à l'opportunité et le cas échéant aux conditions d'une extension au secteur privé lucratif de l'activité de don, pour favoriser le don d'ovocytes ». Une évolution de cette nature demanderait à être fortement encadrée afin de garantir le respect du principe de gratuité du don.

En tout état de cause, la rareté des ressources en gamètes impose de demeurer attentif à l'effectivité des droits reconnus aux personnes confrontées à un problème d'infécondité nécessitant le recours à un tiers donneur, et de rechercher les solutions les plus efficaces et les plus respectueuses de l'intérêt des individus concernés.

C - Des activités de recherche encadrées par un régime strict d'autorisation

Le régime juridique de la recherche sur la reproduction et l'embryologie a été modifié à plusieurs reprises à l'occasion de l'adoption des lois bioéthiques successives. En matière de recherche clinique et d'innovation, il repose sur le principe selon lequel est interdit tout ce qui n'est pas expressément autorisé par le ministre de la santé, par l'ABM ou par l'ANSM.

1 - Des procédures d'autorisation complexes pour la recherche biomédicale et pour les innovations en PMA

a) Une instabilité juridique longtemps liée à celle du cadre applicable à la recherche sur l'embryon

Alors que la recherche sur les embryons ne faisant plus l'objet d'un projet parental passait successivement d'un régime d'interdiction (loi du 29 juillet 1994 relative à la bioéthique) à un régime temporaire (loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique), puis permanent d'interdiction avec dérogation (loi relative à la bioéthique du 7 juillet 2011), les « études » sur des embryons destinées à la gestation pouvaient être autorisées dès 1994, dès lors qu'elles poursuivaient une finalité médicale et qu'il n'était pas porté atteinte à l'embryon.

Lorsque la loi du 6 août 2013 tendant à modifier la loi du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique a supprimé le principe d'interdiction de la recherche sur l'embryon pour lui substituer un dispositif d'autorisation sous conditions, sans mentionner les études sur les embryons destinés à la gestation, la recherche en assistance médicale à la procréation s'est trouvée paradoxalement privée de base juridique.

Ce vide n'a été comblé que par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, qui a confié à l'ANSM la charge d'autoriser les recherches biomédicales en assistance médicale à la procréation en lieu et place de l'ABM, qui demeure en revanche compétente pour les embryons cédés pour la recherche.

b) Des techniques et procédés en PMA également soumis à un régime d'autorisation

Pris en application de la loi relative à la bioéthique de 2011, un arrêté du 18 juin 2012 fixe la liste des procédés biologiques autorisés en PMA, l'inscription d'un nouveau procédé sur la liste relevant du ministre chargé de la santé, après consultation de l'ABM et avis motivé de son conseil d'orientation. L'ABM délivre par ailleurs les autorisations pour les nouvelles techniques qui, sans constituer un nouveau procédé, améliorent les résultats des procédés en vigueur.

À ce jour, l'ABM a instruit seulement trois demandes d'autorisation de techniques améliorant un procédé biologique de PMA et a apporté une réponse positive à l'une d'entre elles. Pour être autorisée, la nouvelle technique doit apporter la preuve de sa pertinence scientifique et convaincre des bénéfices liés à son utilisation, ce qui peut être difficile en l'absence d'expérimentation préalable en France même. Ce besoin de preuves peut certes être couvert par une recherche biomédicale en PMA ; celle-ci nécessite alors une autorisation de l'ANSM (voir a) *supra*), qui sollicite l'avis de l'ABM.

Ce dispositif à double détente, contraignant à passer par une recherche biomédicale autorisée par l'ANSM, puis par une autorisation de l'ABM ou du ministre de la santé, est d'un maniement lourd et complexe pour les équipes médicales, qui ne sont donc pas incitées à rechercher et tester des procédés novateurs en matière de PMA.

2 - Une recherche clinique française plus présente sur la préservation de la fertilité que sur la médecine de la reproduction

La recherche française en médecine de la reproduction bénéficie de l'implication des grands organismes de recherche (INSERM, CNRS) et du concours des CHU. Elle jouit cependant d'une visibilité internationale limitée, comme en témoigne une étude bibliométrique publiée en 2015[525], qui attribue les premières places aux États-Unis, au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, à la Belgique et à l'Espagne. Des chercheurs français s'efforcent de contourner les obstacles liés à un encadrement strict de la recherche sur l'embryon en France en s'associant à des études initiées et financées à l'étranger.

L'examen des thématiques couvertes par la recherche clinique française montre par ailleurs que celle-ci n'aborde qu'avec prudence le domaine de l'assistance médicale à la procréation.

Au cours de la période 2010-2017, 36 protocoles concernant la fertilité et l'assistance médicale à la procréation ont été financés par le Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) et les autres programmes ministériels, pour un montant de 12,7 M€, soit entre quatre et cinq protocoles acceptés chaque année, pour un montant annuel moyen de 1,6 M€.

La préservation de la fertilité y occupe une place majeure, l'activité des établissements de santé dans ce domaine étant encore souvent réalisée dans le cadre de protocoles de recherche. Il en est ainsi par exemple des activités de restauration de la fertilité (greffe de tissus après guérison du cancer), qui nécessitent de développer des techniques de détection de cellules malignes résiduelles.

Les pratiques de fécondation *in vitro* sont surtout visées pour apprécier les bénéfices respectifs des différentes stratégies thérapeutiques fondées sur des procédés en vigueur, mais plus rarement en vue de faire évoluer ces derniers.

---

[525] ALEIXANDRE-BENAVENT, Rafael, SIMON, Carlos, FAUSER, Bart, Trends in clinical reproductive medicine research: 10 years of growth, *Fertility and sterility*, vol. 104, n° 1, 2015, p. 131-137. Cette étude porte sur des articles scientifiques originaux, mais aussi sur des revues moins fiables en termes de production scientifique. Elle ne couvre pas les domaines de la génétique et de l'andrologie.

3 - Des délais dans la diffusion en France de nouveaux procédés

La congélation ultra-rapide (ou vitrification) préserve mieux que la congélation lente les chances de développement des embryons et gamètes lors d'une utilisation ultérieure. Pratiquée depuis plusieurs années en routine à l'étranger, la vitrification des embryons n'a été autorisée en France qu'en décembre 2010. La vitrification des ovocytes, qui a donné lieu à une première naissance dans le monde en 1999, a pour sa part été autorisée par la loi relative à la bioéthique du 7 juillet 2011.

Un autre exemple de décalage est donné par l'expérimentation du dépistage des anomalies chromosomiques cinq jours après la fécondation, déjà engagée dans la plupart des pays européens. Ce dépistage vise à transférer dans l'utérus les embryons au potentiel d'implantation le plus élevé et à éviter la survenance de fausses couches, afin d'accroître les chances de succès de la FIV, notamment chez les femmes de plus de 38 ans, plus exposées au risque d'anomalies chromosomiques. Il revient par ailleurs à opérer avant l'implantation le type de diagnostic autorisé à 12 semaines dans le cadre du dépistage prénatal, qui combine tests sanguins, recherche de l'ADN fœtal circulant dans le sang maternel et le cas échéant amniocentèse.

Jusqu'à récemment, il n'était pas conduit de recherche biomédicale sur ce sujet, en raison d'une lecture de la loi relative à la bioéthique qui assimilait ce procédé à un diagnostic préimplantatoire, réservé comme tel aux couples risquant de transmettre à leurs enfants des maladies génétiques graves. Le ministère de la santé invite désormais les professionnels à déposer une demande d'autorisation de recherche clinique auprès de l'ANSM.

III - Améliorer l'efficience de l'assistance médicale à la procréation

A - Porter une attention accrue à l'efficacité et à la pertinence des techniques employées

Considérée en France comme un soin, la PMA est prise en charge à 100 % par l'assurance-maladie dans la limite de six inséminations intra-utérines et de quatre tentatives de fécondation *in vitro* pour les femmes. Il n'en est pas de même dans d'autres pays, où l'accès à la PMA obéit à des critères plus souples, mais où la prise en charge, déterminée par les organismes financeurs, est plus restrictive.

Ce principe de remboursement intégral, propre à la France, connaît certains aménagements, tenant à la fois aux dépassements pratiqués par certains médecins exerçant dans le secteur privé et aux facturations supposées pallier dans certains centres privés de PMA l'incomplétude de la nomenclature.

Depuis 2005, l'assurance-maladie interrompt ses remboursements au 43ème anniversaire de la femme. À compter de cet âge, les chances de succès de l'assistance médicale à la procréation sont très faibles. De plus, elles deviennent plus faibles en moyenne que les chances de succès de la conception naturelle, même chez les couples connaissant des troubles de la fertilité.

La limite ainsi posée à l'intervention de l'assurance maladie applique au parcours de la PMA la notion de service attendu, évalué par le collège de la HAS en vue de déterminer la prise en charge des actes médicaux par l'assurance maladie en fonction de critères relatifs à leur intérêt diagnostique ou thérapeutique et à leur intérêt de santé publique[526].

Compte tenu de l'augmentation tendancielle de l'âge moyen de la procréation, le nombre de femmes ayant recours à la PMA devrait continuer à croître dans les prochaines années, ce qui contribuera à augmenter le coût de l'assistance médicale à la procréation pour l'assurance maladie. La conjugaison de cette tendance et de la nécessité de mieux financer les actes de biologie de la reproduction appelle la recherche de nouvelles pistes d'économie et une efficacité accrue des techniques employées.

L'ABM pourrait croiser les données du registre recensant les inséminations et celles du SNIIRAM pour suivre le devenir des femmes engagées dans un cycle d'insémination artificielle. Il serait en effet utile d'éclairer la place particulière de cette forme d'assistance médicale à la procréation, en documentant la pertinence du recours à l'insémination artificielle en fonction des indications d'infertilité, et en évaluant le service médical rendu par chacune des tentatives successives.

[526] Articles L. 162-1-7 et R. 162-52-1 du code de la sécurité sociale.

B - Mieux informer sur les résultats des centres de PMA

Conformément à ses missions qui lui imposent de publier les résultats de chaque centre, selon une méthodologie prenant en compte les caractéristiques de leur patientèle, l'ABM calcule des taux d'accouchement standardisés par tentative de PMA, obtenus par ajustement des résultats de chaque centre sur les caractéristiques de la patientèle et, pour la FIV, sur le nombre de tentatives effectués. Elle les publie sous la forme d'un graphique de lecture malaisée[527].

L'examen des taux d'accouchement standardisés en 2016 montre que ceux-ci se situent dans des fourchettes larges (taux de naissances par tentative compris entre 9,7 % et 32 % pour la FIV[528], et entre 6,2 % à 16,8 % pour l'insémination[529]).

L'ABM relativise les écarts entre centres qui tiennent selon elle pour partie à des différences de patientèles qui ne sont pas neutralisées par les opérations d'ajustement statistique. Cependant, leur amplitude justifierait qu'une information plus complète et plus lisible soit donnée au public, tout en l'avertissant des limites de ces analyses, qui ne rendent pas compte de toutes les spécificités des différentes patientèles.

Par ailleurs, l'ABM devrait élargir le champ des évaluations annuelles des résultats de la PMA afin d'y intégrer, d'une part, les résultats des laboratoires indépendants comptabilisant moins de 50 inséminations annuelles, et, d'autre part, des éléments d'appréciation sur les pratiques des gynécologues exerçant en ville, qui procèdent à des inséminations, en organisant à cet effet la collecte des informations nécessaires.

---

[527] Dans ce graphique, les résultats standardisés des centres sont présentés dans un ordre décroissant sous la forme de points numérotés, le graphique faisant par ailleurs apparaître un intervalle de confiance autour de la moyenne nationale en fonction du volume d'activité.

[528] Pour les seuls transferts d'embryons non congelés. ABM, *Évaluation des résultats des centres d'assistance médicale à la procréation pratiquant la fécondation* in vitro *en France*, rapport national des résultats 2016.

[529] ABM, *Évaluation des résultats des centres d'assistance médicale à la procréation pratiquant l'insémination artificielle intra-utérine* in vitro *en France*, rapport national des résultats 2016.

C - Actualiser la nomenclature des actes de biologie afin d'adapter les financements au coût des nouvelles techniques

La tarification des actes de biologie est effectuée par l'union des caisses d'assurance maladie (UNCAM)[530] dans des délais et selon des modalités qui sont perfectibles au regard des enjeux.

En augmentant les chances de survie après congélation, la congélation ultra-rapide (vitrification) des embryons et des ovocytes, autorisée depuis 2011, favorise le transfert d'un seul embryon lors de chaque tentative, et limite de ce fait les risques et les coûts induits par les grossesses multiples. La pertinence du recours à cette technique a été reconnue par la Haute Autorité de santé (HAS) qui, dans un avis rendu en juillet 2017[531], a recommandé de substituer totalement la vitrification à la congélation lente.

L'actualisation de la tarification n'est cependant intervenue que fin août 2019[532], mettant fin à une situation dans laquelle la vitrification était remboursée comme une congélation lente (à 94,50 €, correspondant à une cotation B350 dans la nomenclature des actes de biologie médicale), alors qu'elle est plus coûteuse en investissements et en réactifs.

La lenteur de l'adaptation de la nomenclature des actes biologiques aux évolutions techniques est particulièrement pénalisante pour la fécondation *in vitro*, dont les dépenses sont composées de dépenses de biologie dans une fourchette comprise entre 22 % (FIV hors ICSI dans les établissements publics et privés non lucratifs) et 35 % (ICSI dans les établissements privés lucratifs). L'ensemble des centres de PMA rencontrés par la Cour durant son enquête ont fait état d'un sous-financement persistant des actes biologiques au regard des coûts engagés.

Pour améliorer le résultat d'exploitation d'une activité de PMA tenue pour non rentable mais importante pour l'image de marque de l'établissement, certains gestionnaires de cliniques privées proposent au patient d'acquitter des prestations supplémentaires, telles qu'une option d'identito-vigilance renforcée pour les gamètes et les embryons, ou le

[530] Cette instance est dirigée par le directeur général de la CNAM.
[531] HAS, *Évaluation des actes de vitrification et réchauffement ovocytaire - vitrification et réchauffement embryonnaire*, juillet 2017.
[532] Décision du 23 mai 2019 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, publiée au JO du 29 août 2019.

recours à des procédés d'introduction récente non remboursés par l'assurance maladie (IMSI[533], MIV[534], etc.). Ces facturations en sus sont mentionnées dans les rapports d'inspection des centres clinico-biologiques collectés par l'ABM. Elles ajoutent leurs effets à ceux des dépassements d'honoraires pratiqués dans certaines cliniques pour limiter, pour des raisons financières, l'accès à une partie des centres de PMA.

Une tarification au juste coût, reflétant celui des prestations contribuant à améliorer l'efficacité de l'assistance médicale à la procréation, est préférable à une situation dans laquelle les versements attribués pour dynamiser les dons de gamètes et les paiements en sus réclamés dans certaines cliniques privées viennent palier la sous-rémunération de la biologie de la reproduction.

De manière générale, la rapidité de l'adaptation des nomenclatures d'actes est l'une des conditions de l'efficience du système de santé, comme la Cour l'a souligné à de nombreuses reprises. À cet égard, il serait souhaitable d'encadrer le délai qui sépare les modifications apportées à la nomenclature des actes de biologie médicale des avis de la HAS.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le dispositif français d'assistance médicale à la procréation permet de répondre au souhait d'un grand nombre de couples infertiles de donner naissance à un enfant. Ainsi, il a été à l'origine de 3 % des naissances en 2016, contre 2 % en 2002. En outre, la fréquence des naissances multiples a diminué, notamment pour les fécondations in vitro.

Compte tenu cependant d'un nombre de dons nettement inférieur aux besoins pour les ovocytes, le recours aux gamètes émanant de tiers est peu développé. Un nombre croissant de couples se tournent vers une prise en charge sanitaire dans un pays étranger.

Par ailleurs, la fréquence des naissances faisant suite à une fécondation in vitro se situe dans la simple moyenne européenne et les centres clinico-biologiques et les laboratoires d'insémination artificielle affichent des résultats hétérogènes.

[533] L'IMSI (*Intracytoplasmic Morphologically Selected Sperm Injection*) consiste à sélectionner les spermatozoïdes destinés à être micro-injectés selon leur morphologie examinée visuellement grâce à un fort grossissement.

[534] La MIV ou maturation *in vitro* consiste à prélever des ovocytes immatures au cours de cycles non ou faiblement stimulés. La maturation réalisée en laboratoire peut aboutir à une ICSI ou une cryoconservation.

L'insémination artificielle tient une place plus importante dans l'ensemble des tentatives de procréation médicale assistée que dans la plupart des autres pays européens. Le coût de chaque tentative est moins élevé que celui d'une fécondation in vitro*, mais les chances de réussite par tentative sont moindres.*

Si le dispositif d'assistance médicale à la procréation bénéficie de financements significatifs de l'assurance maladie, qui permettent de couvrir les coûts de multiples tentatives, les techniques les plus efficientes dans le cadre bioéthique en vigueur tardent parfois à être prises en charge selon une tarification appropriée.

Dans un contexte susceptible de connaître de profondes évolutions, notamment juridiques, ces constats appellent une meilleure prise en compte des enjeux d'efficience médico-économique dans la définition de la politique publique de l'assistance médicale à la procréation et des modalités de prise en charge des actes et prestations qui s'y rattachent.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

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).*

Quatrième partie

Favoriser une mise en œuvre plus efficace de leurs missions par les organismes de sécurité sociale

Chapitre X

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

PRÉSENTATION

L'administration numérique est née au milieu des années quatre-vingt-dix avec la mise en place des premiers sites internet de services publics et le développement des téléservices, définis comme « tout système d'information permettant aux usagers de procéder par voie électronique à des démarches ou formalités administratives »[535].

Les organismes de sécurité sociale participent à l'essor de l'administration numérique. Les branches du régime général de sécurité sociale ont créé des sites internet en 1999 pour la branche famille, en 2004 pour l'assurance maladie et en 2009 pour l'assurance vieillesse. Dans la branche maladie, la feuille de soins électronique a été mise en place à la fin des années quatre-vingt-dix avec l'introduction de la carte Vitale. Dès le début des années 2000, le formulaire de demande d'aide au logement pour les étudiants a été mis en ligne. Depuis lors, l'offre de téléservices des caisses de sécurité sociale, accessible à distance, 24 heures sur 24, n'a cessé de s'étendre et le droit des usagers de saisir les administrations par voie électronique a été reconnu par une ordonnance du 6 novembre 2014.

La Cour a souhaité étudier les transformations induites par le numérique dans la relation des caisses de sécurité sociale avec les assurés, ainsi que dans les conditions d'activité de ces organismes. À cette fin, elle a mené une enquête auprès des caisses nationales et de neuf caisses locales[536] *des branches maladie et vieillesse du régime général de sécurité sociale et de la branche famille*[537].

La transformation numérique de la relation de service des caisses de sécurité sociale avec les assurés est bien engagée, mais n'a pas bouleversé leurs rapports habituels avec ces derniers (I). Une stratégie plus active doit être mise en œuvre afin d'exploiter l'ensemble des potentialités du numérique au bénéfice d'un service mieux adapté aux besoins des assurés et d'une efficience accrue des caisses (II).

---

[535] Ordonnance du 8 décembre 2005 relative aux échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives et entre les autorités administratives.

[536] Caisses d'allocations familiales (CAF) du Calvados, de l'Hérault et des Hauts-de-Seine ; caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) de l'Hérault, de Rouen-Elbeuf-Dieppe et du Val-de-Marne ; caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) du Languedoc-Roussillon et de Normandie et caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) en sa qualité de caisse régionale pour l'Île-de-France.

[537] En application de l'article R.134-3 du code des juridictions financières, les contrôles des caisses locales précitées ont bénéficié du concours de la mission nationale de contrôle de la direction de la sécurité sociale.

I - Une mutation inégalement engagée de la relation de service des caisses de sécurité sociale

Le développement des téléservices a transformé les relations des caisses avec leurs assurés et allocataires, 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 des caisses. Cependant, les téléservices disponibles ne couvrent pas encore l'ensemble des besoins. En outre, les effets du numérique restent pour partie à constater : les modes de contact traditionnels restent très utilisés, les démarches demeurent souvent lourdes et complexes et les gains d'efficience liés au numérique sont limités aux fonctions d'accueil. Enfin, des faiblesses persistantes affectent la qualité du service rendu, malgré certains progrès.

A - Une place croissante des téléservices

1 - Une offre de plus en plus étendue

L'offre de téléservices des caisses du régime général de sécurité sociale peut être regroupée autour de cinq catégories de services administratifs : la demande de prestations, la simulation de droits, la gestion du dossier de l'assuré, le suivi des démarches engagées et la messagerie.

Cette offre s'étoffe régulièrement. Fin 2018, la CNAM a ainsi étendu à l'ensemble des assurés le téléservice de demande et de renouvellement de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), jusque-là réservé aux allocataires du RSA. Depuis mars 2019, un téléservice de demande unique inter-régimes de retraite, déployé notamment sur le portail de la branche vieillesse, permet aux assurés de déposer en ligne une seule demande de retraite valant pour 35 régimes de base et complémentaires légalement obligatoires.

Tableau n° 40 : principaux téléservices déployés par les branches du régime général de sécurité sociale (2018)

	Famille	Maladie	Vieillesse
Demande de prestations	RSA Prime d'activité Aides au logement Une partie des prestations relevant de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) : prime de naissance, allocation de base, complément de libre choix du mode de garde (en cas d'emploi d'une assistante maternelle ou d'une garde d'enfant)	Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)	Retraite personnelle
Simulation de droits	RSA Prime d'activité Aides au logement PAJE Allocations familiales	CMU-C et ACS Indemnités journalières	Estimation de la pension, de l'âge de départ à la retraite à taux plein, coût du rachat de trimestres
Gestion du dossier de l'assuré	Déclaration de ressources Déclaration d'un changement de situation (familiale, professionnelle) Modification des coordonnées bancaires et d'adresse Consultation de données personnelles (derniers paiements…) Prise de rendez-vous	Modification des coordonnées bancaires et d'adresse Commande d'une carte Vitale ou d'une carte européenne d'assurance maladie Consultation de données personnelles (remboursement de soins, participations forfaitaires et franchises…) Déclaration d'un changement de situation, d'une naissance, d'un accident causé par un tiers, d'une perte ou d'un vol de carte Vitale Règlement de dettes par carte bancaire Prise de rendez-vous	Modification des coordonnées bancaires et d'adresse Déclaration de trimestres de majoration pour enfants Consultation de données personnelles (relevé de carrière, montant déclaré à l'administration fiscale, derniers paiements…) Prise de rendez-vous
Suivi des démarches engagées	Demande d'une prestation, paiement de prestations, commande en cours		
Service de messagerie	Envoi et réception de messages		

Source : Cour des comptes.

Dans les branches maladie et vieillesse, l'accès aux téléservices est subordonné à la création d'un compte personnel. Dans la branche famille, un compte personnel sous *caf.fr* est automatiquement créé dès que la qualité d'allocataire est reconnue au foyer ; les assurés qui n'ont pas la qualité d'allocataire ont accès à une offre de téléservices plus restreinte, qui leur permet, par exemple, de demander en ligne certaines prestations.

Fin 2018, on dénombrait près de 29,6 millions de comptes personnels *Ameli* contre 20 millions fin 2015 et, pour la branche vieillesse, 8,5 millions de comptes personnels contre 7 millions fin 2017. De fortes marges de progression demeurent, notamment pour la branche vieillesse.

La très forte croissance des connexions a fait du compte personnel numérique le premier mode d'entrée en contact des assurés avec leur caisse, via internet ou une application pour mobiles, développée par la CNAM (2013) et la CNAF (2014).

L'intensité des échanges avec les caisses varie fortement selon les branches. Elle est beaucoup plus faible pour la branche vieillesse que pour les branches famille et maladie où le suivi des demandes et des paiements de prestations, ainsi que la transmission des changements de situation personnelle ou professionnelle et les déclarations trimestrielles de ressources (RSA, prime d'activité, AAH) appellent de fréquentes connexions au compte personnel.

Tableau n° 41 : usage des comptes personnels en ligne (2018)

	Famille	Maladie	Vieillesse
Public potentiel	13 millions (allocataires)	40 millions (assurés)	14 millions (retraités) 18 millions (actifs)
Nombre de comptes personnels créés	1 compte par allocataire	29,6 millions	3,7 millions (retraités) 4,8 millions (actifs)
Taux d'adhésion	Sans objet	74 %	26 % (retraités) 27 % (actifs)
Nombre de connexions (moyenne mensuelle)	45,8 millions	27,6 millions	3,9 millions

Source : caisses nationales.

La prime d'activité, attribuée par les CAF, illustre le recours croissant des allocataires aux téléservices : en 2018, plus de 87 % des demandes de cette prestation et 94 % des déclarations trimestrielles de ressources étaient déclarées en ligne sur *caf.fr* ; pour le RSA, ces mêmes pourcentages atteignaient 68,3 % et 95 % ; pour les 10 % de bénéficiaires de l'AAH appelés à déclarer chaque trimestre leurs ressources (salariés en milieu ordinaire ou travailleurs indépendants), seules 46 % des déclarations étaient en revanche effectuées en ligne.

La diffusion de certains téléservices est encore lente, à l'image de celui relatif au changement de coordonnées bancaires dans les branches famille et vieillesse et, dans la branche maladie, de la commande en ligne de la carte Vitale, en raison de la difficulté des assurés à déposer, en pièce jointe, une photo d'identité au format requis.

Par ailleurs, qu'ils mesurent l'utilisation globale des téléservices ou qu'ils soient ciblés sur l'usage de certains d'entre eux, les indicateurs suivis par les caisses nationales mettent en évidence des écarts entre organismes, qui peuvent atteindre jusqu'à vingt ou trente points. Ainsi, en 2018, le taux de dématérialisation de la demande de carte Vitale allait, selon les CPAM, de 27,5 % (Aisne) à 60,9 % (Jura).

Dans les trois branches, la progression des taux de dématérialisation des demandes de prestations (RSA, aides au logement, retraite…) et des déclarations en ligne de données est un axe prioritaire des conventions d'objectifs et de gestion (COG) avec l'État pour les années 2018 à 2022.

Dans la branche maladie, l'offre de service en santé accessible via le compte *Ameli* est encore limitée à la prévention et à des conseils en santé individualisés. Elle est appelée à s'enrichir substantiellement dans les années à venir, avec la création de l'espace numérique de santé personnel par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, qui intègrera les données de remboursement des assurés, mais aussi leur dossier médical partagé, leurs paramètres de santé mesurés par des dispositifs connectés et une messagerie sécurisée leur permettant de dialoguer avec les professionnels et établissements de santé.

2 - Des espaces en libre-service dans les accueils du public

À compter de 2014, les caisses nationales ont redéfini leur politique d'accueil dans un double objectif : permettre aux assurés de réaliser de manière autonome toutes les démarches ne nécessitant pas un accompagnement par un agent ; développer l'offre d'accueil en rendez-vous afin de limiter le flux spontané de visites et mieux répondre aux besoins des assurés.

L'offre d'accueil a ainsi été progressivement structurée autour de deux espaces : un espace en libre-service, pour des opérations simples accomplies en autonomie ou avec l'aide d'un agent ; un espace conseil consacré à l'accueil en rendez-vous, pour des demandes plus complexes.

Sous réserve des situations d'urgence, où une prise en charge personnalisée sans rendez-vous reste possible, l'accueil des visiteurs sans rendez-vous est désormais réalisé de façon prioritaire dans les espaces en

libre-service ; certaines caisses ont cependant maintenu un accueil au guichet, afin notamment de ne pas heurter les habitudes de leurs assurés. Les assurés ont accès à des bornes multi-services (impression d'une attestation de droits, d'un relevé de carrières…) et à des ordinateurs leur permettant de se connecter au site internet et à leur compte personnel.

Le déploiement des bornes et des postes informatiques dans les espaces en libre-service est en voie de généralisation dans les CPAM. S'agissant des CAF, il fera l'objet d'une évaluation en fin d'année. Dans les deux branches maladie et famille, l'animation des espaces en libre-service est principalement assurée par des agents spécialement formés à l'accueil et aux démarches en ligne, dont le rôle est d'accompagner les assurés pour promouvoir l'usage des téléservices. Ils sont parfois complétés par des personnes titulaires de contrats à durée déterminée, notamment dans les CAF.

Dans la branche vieillesse, après une expérimentation en 2016 dans sept caisses, le déploiement des espaces en libre-service n'a véritablement débuté dans les agences retraite qu'en 2017. Mi-2019, 54 % des 232 agences et sièges étaient équipés d'un espace en libre-service ; en Île-de-France, seuls trois espaces étaient déployés. Ces espaces sont principalement animés par des volontaires du service civique.

3 - Une offre de téléservices incomplète, des fonctionnalités parfois limitées

Malgré le développement des téléservices, certaines démarches administratives ne sont toujours pas accessibles en ligne, en particulier en matière de demandes de prestations et de déclarations de ressources.

Ainsi, dans la branche famille, il n'existe pas de téléservices pour les demandes du complément de libre choix du mode de garde de la PAJE pour les familles faisant appel à une crèche ou une micro-crèche.

Dans la branche vieillesse, le déploiement du téléservice de demande de la pension de réversion est prévu en 2020. En revanche, aucun calendrier n'est arrêté pour l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

Dans la branche maladie, les titulaires de pensions d'invalidité ne peuvent déclarer leurs revenus professionnels, ou leurs ressources quand ils sont par ailleurs titulaires de l'allocation de solidarité invalidité (ASI).

En outre, certains téléservices peuvent présenter une plus-value assez faible pour les assurés.

Dans les trois branches, le suivi en ligne des dossiers en cours ne leur permet pas de connaître précisément l'état d'avancement de l'instruction ; l'ancienneté des applications de gestion des prestations rend difficile la remontée d'informations relatives au traitement du dossier dans les comptes personnels.

À la branche vieillesse, le téléservice de régularisation des carrières permet seulement aux actifs de signaler des anomalies de données de carrière, sans qu'il leur soit possible de transmettre des pièces, ni de procéder directement à des corrections. De plus, il n'est accessible qu'aux actifs âgés de 55 ans et plus.

B - Des effets encore partiels du numérique sur la relation de service et la productivité

1 - Des modes de contact traditionnels toujours largement utilisés

Dans les trois branches famille, maladie et vieillesse, l'usage croissant des téléservices a favorisé la baisse des visites aux accueils et des appels téléphoniques. En revanche, le nombre de courriels reçus a nettement augmenté. Les flux de correspondances papier restent quant à eux incomplètement dénombrés dans les branches maladie et vieillesse.

Tableau n° 42 : nombre de contacts (2014-2018, en millions)

	Visites (hors accès en libre-service)	Appels téléphoniques traités	Courriels
Maladie			
Moyenne mensuelle 2018	1,07	1,78	0,70
Moyenne mensuelle 2014	3,01	2,52	0,34
Variation 2014-2018	*-65 %*	*-30 %*	*+109 %*
Famille			
Moyenne mensuelle 2018	0,75	1,14	0,66
Moyenne mensuelle 2014	1,34	1,41	0,29
Variation 2014-2018	*-44 %*	*-19 %*	*+125 %*
Vieillesse			
Moyenne mensuelle 2018	0,07	0,34	0,07
Moyenne mensuelle 2014	0,18	0,48	0,02 *
Variation 2014-2018	*-60 %*	*-28 %*	*+285 %**

** 2015 et variation 2015-2018.*
Note : les visites retracées sont celles qui donnent lieu à un échange avec un conseiller avec accès au dossier de l'assuré, dans le cadre d'un rendez-vous, d'un renseignement-minute ou de l'accueil spontané.
Source : Cour des comptes d'après les données des caisses nationales.

En ce qui concerne les visites, la réorientation des politiques d'accueil a permis de corriger les facteurs d'inadaptation de la relation de service propres à l'accueil au guichet des assurés munis d'un ticket (temps d'attente élevé, personnalisation réduite du service, fermetures inopinées, incivilités). Les flux d'accueil sans rendez-vous préalable ont été fortement réduits. En l'absence de mesure du nombre d'assurés accueillis dans les espaces en libre-service, l'ampleur de la baisse de la fréquentation des accueils est néanmoins vraisemblablement surestimée.

Dans la branche maladie, l'instauration au 1er janvier 2016 de la protection universelle maladie (PUMa) a également contribué au mouvement de baisse des contacts. Sous réserve de remplir les conditions d'activité ou de résidence, les assurés jouissent désormais de droits d'une durée illimitée. Auparavant, les assurés inactifs non retraités, non invalides et non chômeurs indemnisés devaient effectuer une demande annuelle de renouvellement de la couverture maladie universelle de base (CMU-B), désormais supprimée.

Dans la branche vieillesse, les tensions constatées sur la production des prestations ont conduit à mobiliser les techniciens retraite sur les activités de traitement des dossiers au détriment de l'accueil spontané et de l'accueil en rendez-vous, y compris pour les entretiens information retraite (EIR) : le nombre d'EIR a baissé entre 2014 et 2017, avant de remonter en 2018[538] sans toutefois atteindre l'objectif de 75 000 fixé par la COG 2018-2022 pour cette même année.

Les flux d'appels téléphoniques ont diminué dans toutes les branches, sous l'effet notamment du report d'une partie des demandes vers le courriel. Les flux d'appels téléphoniques et de courriels sont très sensibles aux évolutions de la réglementation des prestations et des stocks de demandes de prestations à traiter par les caisses. Ce motif de contact a notamment été observé dans les CAF en 2016, lorsque la prime d'activité a été créée, puis au premier trimestre 2019, à la suite de la réforme de cette prestation.

[538] Les entretiens réalisés sont ainsi passés de 84 318 en 2014 à 57 959 en 2017 et à 70 813 en 2018.

L'incidence de la réforme de la prime d'activité sur les flux de contacts par téléphone et courriel

La loi du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales a étendu le bénéfice et revalorisé le montant de la prime d'activité. Au premier trimestre 2019, les CAF ont reçu près de 600 000 appels téléphoniques en lien avec la réforme et 17 % de courriels de plus que l'année précédente ; à lui seul, le premier versement, en février 2019, a suscité un pic de 23 000 courriels en deux jours. Devant cet afflux massif de sollicitations, une quarantaine de caisses ont fermé le canal du courriel de la mi-février à la mi-mars.

En l'absence de réception et de numérisation en un seul point dans l'ensemble des caisses locales, le volume du courrier n'est pas connu avec précision dans les branches maladie et vieillesse. La CNAM estime qu'il décroît à un rythme moyen de 5 % par an, mais les flux sous format papier restent importants : feuilles de soins, bien que télétransmises à 95 % (51,2 millions de feuilles de soins papier en 2018, soit 10,5 millions de moins que deux ans plus tôt) ; avis d'arrêt de travail en cas de maladie ; certificats médicaux pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. Dans la branche famille, les pièces sous format papier représentent 27 % des pièces reçues par les CAF, soit environ 47 millions en 2018 (courriers des allocataires, pièces d'état-civil, titres de séjour, relevés d'identité bancaire…).

Malgré la baisse des flux observée dans les trois branches, les modes traditionnels de contact restent encore très utilisés par les assurés. Le téléphone reste le mode de contact préféré pour l'assurance maladie[539] et le courrier demeure le mode privilégié pour la constitution du dossier de retraite. Les visites en accueil sont fréquentes en cas d'enjeu financier (suspensions de paiement, demandes de remboursement d'indus, revenus de remplacement…). Le téléphone et le courriel restent aussi très utilisés par les assurés pour s'informer du suivi de leur dossier, compte tenu des informations limitées fournies par leur compte personnel.

2 - Des progrès modestes dans la simplification des démarches

Le numérique peut être un facteur de simplification des démarches en facilitant l'attribution automatisée de prestations au stade de la première demande ou du renouvellement, et en allégeant les obligations de déclaration de données et de production de pièces à la charge des assurés.

[539] Enquête de satisfaction 2017.

Les demandes de prestations adressées aux CAF par les assurés qui n'en sont pas encore allocataires n'ont pas à être accompagnées de pièces d'état-civil, celui-ci étant vérifié sur un portail d'accès aux données du SNGI (voir *infra*). De même, dans le cadre du téléservice « déclaration d'un nouveau-né » déployé par la CNAM, le parent qui déclare la naissance d'un nouveau-né est dispensé de l'obligation de fournir la copie de l'extrait d'acte de naissance, compte tenu du contrôle automatisé de l'existence et de l'identité de l'enfant effectué par l'intermédiaire du SNGI.

Le système national de gestion des identifiants (SNGI)

Le SNGI contient, pour chaque assuré, le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR, qui constitue le numéro de sécurité sociale) ou un identifiant provisoire dans l'attente de l'attribution du NIR (pour les assurés nés à l'étranger à leur arrivée en France), ainsi que les données d'état-civil.

Il a pour objet d'identifier les assurés en fonction de données d'état -civil certifiées et de prendre en compte les naissances et les décès signalés par les services municipaux de l'état-civil[540] (les décès interrompent le versement des prestations de manière automatisée), ainsi que les affiliations à la sécurité sociale des assurés nés à l'étranger ou dans un territoire d'outre-mer.

Par ailleurs, la transmission automatisée par la direction générale des finances publiques (DGFiP), deux fois par an, de données relatives à la situation fiscale des allocataires figurant dans leurs fichiers permet aux CAF, sous certaines conditions, de verser automatiquement et de mettre à jour les prestations familiales (prime de naissance[541], allocations familiales, allocation de rentrée scolaire), les aides au logement, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et les droits de la majorité des bénéficiaires de l'AAH, sans que les allocataires, lorsque des prestations leur sont déjà versées, aient à effectuer la demande des prestations, à solliciter leur renouvellement ou à déclarer leurs ressources.

Cependant, les obligations de déclaration d'informations et de production de pièces incombant aux assurés restent lourdes. Les déclarations les plus fréquentes portent sur les ressources (RSA, prime d'activité et, pour une partie des allocataires de cette prestation, AAH) ainsi que sur les changements de situation familiale ou professionnelle (mariage, séparation, arrivée ou départ d'une personne du foyer, cessation ou reprise

[540] Et les consulats de France à l'étranger.
[541] La déclaration de grossesse doit avoir été préalablement transmise aux caisses.

d'emploi). Les pièces à produire sont, le plus souvent, des justificatifs de ressources, d'identité, d'état-civil, de la régularité de la résidence en France ou une attestation périodique d'existence par une autorité administrative étrangère (certificats d'existence pour les titulaires de pensions de retraite ou de rentes AT-MP versées à des résidents à l'étranger). En particulier, de nombreuses pièces doivent être fournies pour les demandes de retraite.

Les pièces à fournir pour une demande de retraite

Pour une demande de retraite standard, les assurés doivent joindre les pièces suivantes, sous la forme d'originaux ou de copies : la demande complétée et signée, le livret de famille, le titre de séjour, un relevé d'identité bancaire, le dernier avis d'imposition ou de situation déclarative à l'impôt sur le revenu, les bulletins de salaires de la dernière année, les attestations d'indemnités journalières et les attestations de Pôle emploi.

Pour une retraite au titre de la pénibilité, ils doivent par ailleurs joindre la notification de consolidation médicale et celle de rente pour incapacité permanente[542].

3 - Des gains de productivité significatifs, mais limités pour l'essentiel aux fonctions d'accueil

Sous l'effet du développement des téléservices et de la réduction des flux de visites et d'appels téléphoniques, les effectifs affectés aux fonctions d'accueil ont notablement diminué dans les trois branches, non seulement en valeur absolue, mais aussi en part relative de leurs effectifs globaux, eux-mêmes en réduction. Les gestionnaires conseil allocataires des CAF et les techniciens retraite auparavant affectés à des fonctions d'accueil ont généralement été redéployés vers le traitement des dossiers, afin de réduire les tensions sur la production des prestations.

[542] Circulaire CNAV 2017-03 du 17 janvier 2017.

Tableau n° 43 : évolution des effectifs affectés aux accueils physique et téléphonique (2014-2018, en ETP : CDI+CDD)

	Accueil physique			Accueil téléphonique		
	Maladie	**Famille**	**Vieillesse**	**Maladie**	**Famille**	**Vieillesse**
2014	4 367	2 432	653	3 581	1 767	736
2018	3 699	2 105	387	3 185	1 088	663
Var. 2014-2018	*-15 %*	*-13 %*	*-41 %*	*-11 %*	*-38 %*	*-10 %*
Part dans le total des effectifs 2014	9 %	10 %	6 %	7 %	7 %	7 %
Part dans le total des effectifs 2018	8 %	9 %	4 %	7 %	4 %	6 %

Note : pour la branche famille, données hors action sociale ; pour cette même branche, les données relatives aux effectifs alloués à l'accueil téléphonique intègrent le traitement des courriels, qui n'est pas isolé en comptabilité analytique.
Source : CNAM, CNAF et CNAV.

Selon les caisses, l'accueil des personnes représentait, en 2018, entre 4 % et 9 % de leurs effectifs ; l'accueil téléphonique entre 4 % et 7 %. Au-delà des effectifs propres des branches, l'accueil téléphonique est, dans une mesure variable, délégué à des prestataires de service (environ 20 % des flux pour la branche famille).

Dans les services qui gèrent les prestations, le numérique est une source de gains de productivité lorsque les données sont acquises sous format dématérialisé et font l'objet de traitements automatisés. Ces gains sont cependant freinés par la complexité de la règlementation et les fonctionnalités incomplètes des applications de gestion, souvent anciennes.

Dans la branche famille, 18,9 % des pièces traitées ont été prises en compte (liquidées) pour l'attribution et le calcul des prestations de manière automatisée en 2018, alors que la COG fixait un objectif de 20 %.

Pour les demandes dématérialisées de prestations, en particulier le RSA et les aides au logement, la liquidation automatisée peine à progresser en raison du nombre élevé de données à déclarer en ligne par les allocataires, qui augmente le risque d'anomalies de saisie, et de la transmission de pièces justificatives appelant un traitement par les agents.

Jusqu'en 2018, un autre obstacle tenait à l'absence d'affiliation automatisée des assurés *via* un lien avec le SNGI, qui contraignait les agents à intervenir sur les premières demandes de prestations réalisées en ligne par les personnes n'ayant pas encore la qualité d'allocataire. Selon la CNAF, la hausse d'un point du taux de liquidation automatisée sur l'ensemble des prestations servies représente un gain d'environ 130 emplois à temps plein.

La CNAM estime les gains potentiels résultant du développement des téléservices « assurés »[543] à environ 200 ETP sur la période couverte par la COG 2018-2022. L'ancienneté de nombreuses applications informatiques est un frein important à l'automatisation des traitements, en particulier dans les champs de la gestion documentaire[544], de la liquidation des prestations en espèces (indemnités journalières, pensions d'invalidité) et du traitement des demandes de CMU-C.

Dans la branche vieillesse, les échanges avec les autres régimes, notamment de fonctionnaires, se font principalement sous format papier par la voie postale.

En outre, le service d'échange de documents dématérialisés par internet (EDDI), déployé par la CNAV en 2016, permettant un échange dématérialisé de documents entre les caisses et les assurés, est peu utilisé. Il ne couvre pas tous les types de pièces justificatives dont un retour est demandé aux assurés, en particulier les réponses aux questionnaires de périodes lacunaires qui leur sont adressés en vue des régularisations de carrière précédant l'attribution des pensions de retraite.

Enfin, la liquidation des droits à pension n'est pas automatisée pour les dossiers les plus simples. Il en va de même du traitement des réponses des assurés concernés aux questionnaires périodiques de ressources qui leur sont adressés (prestations du minimum vieillesse, pensions de réversion).

[543] Commande de la carte Vitale, délivrance d'une attestation de droit et d'un relevé d'indemnités journalières, transmission d'une déclaration de ressources (2019).

[544] La gestion électronique des documents consiste à reconnaître et à lire automatiquement les documents numérisés et à les injecter dans le système d'information des caisses.

C - Des enjeux de qualité de service qui restent insuffisamment pris en compte

1 - Des engagements de service renforcés dans les nouvelles COG

En matière de relation de service avec les assurés, les précédentes conventions d'objectifs et de gestion avec l'État (COG) avaient fixé des objectifs et des indicateurs de mesure de leur réalisation hétérogènes entre les branches. De plus, certains indicateurs ont parfois été abandonnés au cours de leur période d'application, à l'image du taux de satisfaction des assurés quant au traitement de leurs réclamations par la branche vieillesse et du délai de réponse aux courriels par la branche famille.

Les COG 2018-2022 ont fixé de nouveaux objectifs et indicateurs dans le cadre d'une démarche d'harmonisation entre les branches, suscitée par la direction de la sécurité sociale.

Ainsi, un socle commun d'objectifs s'applique désormais à l'ensemble des branches du régime général. Il concerne la satisfaction globale des assurés[545], la satisfaction par mode de contact, l'accessibilité de l'accueil téléphonique[546], les délais de traitement des courriels et des réclamations, ainsi que la réitération de contacts par un même assuré.

Un objectif relatif aux réitérations de contacts a ainsi été pour la première fois retenu. Sa mesure se heurte cependant encore à des difficultés méthodologiques, liées au caractère incomplet des informations répertoriées dans ce domaine dans les systèmes d'information des branches, notamment pour la famille et la vieillesse.

[545] Indicateur composite de satisfaction, pondérant la satisfaction sur les différents modes de contact en fonction de leur part dans les flux de contacts.

[546] Celle-ci sera renforcée par la suppression des numéros d'appel téléphonique surtaxés (à hauteur de 0,06 €/minute dans les trois branches), prévue à partir du 1er janvier 2021 par la loi du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance.

Tableau n° 44 : objectifs de la relation de service dans les COG 2018-2022 et résultats pour 2018

Indicateurs	Famille	Maladie	Vieillesse
Satisfaction globale des assurés	Objectifs : 91 % sur 2018-2022 Résultat 2018 : 87,9 %	Objectifs : 93 % sur 2018-2022 Résultat 2018 : 94,4 %	Objectifs : 92 % en 2022 / 91 % en 2018 Résultat 2018 : 90,5 %
Satisfaction par mode de contact	Objectifs 2022 (+2 points / 2018) : *caf.fr* : 92 % Téléphone : 78 % Accueil physique : 82 % Courrier : 67 % Résultats 2018 : *caf.fr* : 89,7 % Téléphone : 77,2 % Accueil physique : 79,8 % Courrier : 66,6 %	Objectifs (indicateur consolidé) : 82 % en 2022 / 80 % en 2018 Résultat 2018 : 81,3 %	Objectifs (indicateur consolidé) : 88 % sur 2018-2022 Résultat 2018 : 88 %
Nombre ou taux de réitération des contacts	Non disponible	14,7 % en 2018	Objectifs : 3,5 en 2022 / 5,5 en 2018 Résultat 2018 : 5,4 (ressenti dans les enquêtes de satisfaction)
Appels aboutis, traités par les téléconseillers et le serveur vocal interactif	Objectifs : 90 % en 2022 / 87,5 % en 2018 Résultat 2018 : 85,9 %	Objectifs : 90 % sur 2018-2022 Résultat 2018 : 90,2 %	Objectifs : 85 % sur 2018-2022 Résultat 2018 : 84,6 %
Courriels traités en 48 h au plus	Objectifs : 80 % en 2022 Résultat 2018 : non disponible	Objectifs : 80 % sur 2018-2022 Résultat 2018 : 69,8 %	Objectifs : 80 % en 2022 / 50 % en 2018 Résultat 2018 : 78,3 %
Réclamations traitées en 10 jours au plus	Objectifs : 80 % en 2022 / 60 % en 2018 Résultat 2018 : 65 %	Objectifs : 85 % en 2022 / 82 % en 2018 Résultat 2018 : 86,1 %	Objectifs : 80 % en 2022 Résultat 2018 : non disponible

Source : COG et caisses nationales.

Les délais de traitement des dossiers font aussi l'objet d'engagements de service en partie renouvelés.

La COG 2018-2022 de la branche famille substitue, pour les prestations légales, le délai de démarche au délai de traitement, plus proche du ressenti des allocataires dès lors qu'il tient compte des délais liés aux allers-retours entre la caisse et ces derniers.

S'agissant de la branche vieillesse, la COG 2018-2022 introduit deux nouveaux indicateurs mesurant la proportion de dossiers de retraite de droits propres notifiés avant la date de prise d'effet de la retraite et celle des dossiers de retraite de droits dérivés notifiés dans les quatre mois suivant le dépôt de la demande. Pour 2022, ces proportions doivent respectivement atteindre 80 % et 55 %[547].

En revanche, aucun objectif de délai n'est fixé pour le traitement des demandes de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)[548] qui, en règle générale, sont déposées et traitées distinctement des demandes de retraite personnelle. En Île-de-France, le délai moyen de traitement est très long[549] ; 28 % des allocations sont notifiées plus de dix mois après leur date de dépôt. Ces délais sont particulièrement problématiques s'agissant de prestations qui ont pour objet de porter le montant total des ressources des retraités concernés au niveau d'un minimum social.

2 - Des faiblesses récurrentes de la relation de service

a) Une réponse aux appels téléphoniques et aux courriels peu satisfaisante

La réponse téléphonique et le courriel apparaissent comme des points faibles de la relation de service. Ainsi, dans la branche famille, les résultats du baromètre de satisfaction 2017 sont les moins bons pour les délais de traitement des appels téléphoniques (6,85/10) et des courriels (6,22/10). Dans la branche vieillesse, le taux de satisfaction pour les courriels n'était, en 2017, que de 66 % pour les retraités et de 51 % pour

[547] En 2018, le taux de dossiers de droit propre notifiés avant la date de départ à la retraite s'est établi à 61,5 % et celui de dossiers de droit dérivé notifiés dans les quatre mois suivant le dépôt de la demande à 35,7 %.

[548] En 2018, cette prestation comptait plus de 400 000 bénéficiaires au régime général, et un peu moins de 70 000 nouvelles demandes ont été émises dans l'année.

[549] Délai moyen de traitement de 256 jours, calculé sur la base d'un échantillon de 1 062 allocations attribuées en novembre et décembre 2018. Le traitement prioritaire, en fin d'année 2018, des dossiers les plus anciens a contribué à allonger le délai moyen.

les actifs en Île-de-France. Dans la branche maladie, le taux de satisfaction des assurés en 2018 pour la réponse téléphonique s'élevait à 71 %.

Les motifs d'insatisfaction sur la réponse téléphonique portent, le plus souvent, sur le temps pour parler à un téléconseiller et la qualité de la réponse obtenue. La forte rotation du personnel crée des écarts d'expertise entre les conseillers et mobilise l'encadrement sur l'accompagnement de la montée en compétence des agents récemment affectés. L'importance du recours à des agents en contrat à durée déterminée, en particulier dans la branche famille (35 % des effectifs en 2018), limite la professionnalisation de la réponse téléphonique. Enfin, un nombre minime de réponses aux appels est supervisé par l'encadrement.

S'agissant des courriels, le délai de réponse est le motif le plus fréquent d'insatisfaction, en raison de l'insuffisance des ressources pour traiter le flux entrant et des réponses automatisées. À cet égard, la branche famille n'est toujours pas en mesure de calculer la part des courriels traités en moins de 48 heures.

b) Un niveau élevé, quand il est mesuré, de réitération de contacts

Seule la branche maladie mesure la réitération de contacts[550] par mode de contact. Le taux de réitération est le plus élevé pour les courriels (20 %) et les appels téléphoniques (13 %). Les droits aux indemnités journalières, leurs délais de paiement et les dossiers d'invalidité constituent les motifs les plus fréquents des réitérations de contacts des assurés.

Les contacts répétés se concentrent souvent sur un petit nombre d'assurés, qui peuvent représenter une part significative du flux total des contacts. À la CPAM du Val-de-Marne, au premier semestre 2018, un quart des contacts étaient le fait de 5,4 % des assurés, avec 7 à 100 sollicitations par assuré enregistrées dans la période[551]. À la CAF des Hauts-de-Seine, 1 % des assurés représentaient 32 % du nombre total de contacts du premier semestre 2018. À la CARSAT Languedoc-Roussillon, 20 % des contacts ont été réalisés par 6 % des assurés dans les six mois précédant le départ à la retraite (au 1er octobre 2018), avec parfois de 5 à 12 visites successives.

---

[550] Les réitérations de contact par la voie de canaux distincts ne sont pas prises en compte. Selon la méthodologie retenue par la CNAM, une réitération désigne tout contact qui succède à au moins un premier contact du même assuré sur le même motif/sous-motif et sur le même canal dans la limite de 15 jours après le contact initial. Elle est suivie sur un mois glissant. Les données citées se rapportent à octobre 2018.

[551] Mais plus de la moitié des assurés n'ont été en relation avec la caisse qu'une seule fois au cours de la même période.

c) Des insuffisances dans la gestion des réclamations

La notion de réclamation ne fait pas l'objet d'une définition harmonisée entre les branches. La CNAM a adopté une définition restrictive, qui prévoit qu'une réclamation n'est enregistrée que si l'assuré manifeste un mécontentement et que la demande nécessite une expertise plus poussée que des réponses apportées au guichet, ce qui exclut les démarches des assurés renseignés à ce niveau. La CNAV a retenu la même définition dans le cadre du « parcours réclamations » déployé en 2019.

Le recueil exhaustif et la prise en charge homogène des réclamations et de leurs motifs, sur l'ensemble des canaux de contact, ne sont pas assurés convenablement. Dans la branche maladie, le nombre de réclamations enregistrées dans l'outil national de gestion des réclamations varie dans une proportion de 1 à 10 pour des caisses de taille comparable ; la CNAM prévoit la mise en place, d'ici 2020, d'un service en ligne pour déposer des réclamations. Avant 2018, la CNAV en Île-de-France ne prenait en compte que les réclamations par courrier. Enfin, les systèmes d'information des branches famille et vieillesse ne permettent pas toujours de connaître avec précision les motifs des réclamations des assurés sur l'ensemble des canaux de contact, ni de suivre leur traitement en fonction de la nature des réclamations, notamment leur degré d'urgence ou de complexité.

3 - La persistance de traitements manuels qui allongent les délais

Le traitement automatisé des données télétransmises contribue à réduire notablement les délais d'instruction. Par exemple, le délai moyen de règlement de la première indemnité journalière aux assurés est d'environ 20 jours après télétransmission par les employeurs des données de salaires *via* le portail net-entreprises ou la déclaration sociale nominative, contre 50 jours lorsque l'attestation de salaire a été transmise sous format papier.

Tableau n° 45 : délais de traitement par l'assurance maladie selon la dématérialisation ou non de la demande

	Procédure dématérialisée	Procédure non dématérialisée
Délai moyen de délivrance d'une carte Vitale	11 à 17 jours	18 à 28 jours
Délai moyen de remboursement d'une facture de soins aux assurés	≤ 12 jours	≤ 20 jours
Délai moyen de règlement de la 1ère indemnité journalière aux assurés	20 jours	50 jours

Source : CNAM.

Cependant, la télétransmission des données n'implique pas nécessairement un raccourcissement de leurs délais de traitement. En Île-de-France, le délai moyen de traitement des demandes de retraite personnelle déposées en ligne est de 124 jours[552], soit un délai quasiment identique à celui des demandes sous format papier. Dans la branche maladie, le délai pour attribuer la CMU-C est d'environ un mois, que la demande soit adressée par courrier ou télédéclarée.

Dans de nombreux cas, l'existence de multiples opérations manuelles de traitement des données explique la longueur de ces délais.

II - Exploiter plus activement les potentialités du numérique au service des assurés

Les technologies numériques comportent de vastes potentialités d'amélioration de la qualité du service rendu par les caisses de sécurité sociale aux assurés. En tirer pleinement parti nécessite de faciliter les relations numériques avec les assurés, de mieux prendre en compte les besoins de l'ensemble d'entre eux et de mieux articuler les modes de contacts en fonction de leur situation.

A - Faciliter les relations numériques entre les assurés et les caisses

1 - Dispenser les assurés de déclarer des informations et de produire des pièces déjà détenues par d'autres administrations

En facilitant les échanges de données entre les administrations, le numérique est apparu comme un puissant levier de simplification des démarches des assurés.

[552] Délai calculé sur la base d'un échantillon de 4 392 pensions attribuées en novembre et décembre 2018, à partir d'une demande faite en ligne.

Dès 2011[553], le législateur a posé le principe général d'un échange de données dématérialisées entre les administrations pour traiter les demandes présentées par les usagers, qui vise à dispenser ces derniers de produire des informations ou des données déjà communiquées à la même administration ou à une autre administration participant à l'échange (« dites-le nous une fois »). En principe, en application du décret du 18 janvier 2019[554], les assurés ne sont plus tenus de produire, à l'appui de leurs démarches, l'avis d'impôt sur le revenu ou l'avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu et l'attestation de droits aux prestations[555], dès lors que ces informations peuvent être obtenues par échange de données, respectivement auprès de la DGFiP et des organismes de sécurité sociale.

Dans la pratique, le périmètre encore partiel des échanges de données entre administrations réduit les possibilités d'allègement des obligations déclaratives et de production de pièces à la charge des assurés. Les assurés peuvent être tenus de produire des pièces d'état-civil compte tenu de l'utilisation réduite par les caisses de la plateforme d'échange[556] avec les officiers d'état-civil, dépositaires des actes. De même, les ressortissants étrangers doivent transmettre une pièce justificative de la régularité de leur résidence en France, dont les caisses vérifient la réalité des informations en consultant sur un portail d'accès les données relatives à leur situation que détient le ministère de l'intérieur. L'absence de communication des revenus fiscaux par la DGFiP à la CNAM à partir d'un fichier que celle-ci lui adresserait contraint les titulaires de pensions d'invalidité à adresser chaque année leur avis d'impôt à l'assurance maladie afin que soient mis à jour les taux de prélèvements sociaux appliqués à leurs pensions.

[553] Article 4 de la loi du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit, inséré à l'article 16A de la loi du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations.

[554] Décret pris en application de l'article 90 de la loi du 7 octobre 2016 pour une République numérique.

[555] L'attestation de droits fournie par l'assurance maladie établit l'affiliation au régime général. Celle de la CAF est un justificatif de ressources précisant notamment le montant des prestations du mois précédent, les enfants à charge et le quotient familial.

[556] Le décret du 10 février 2011 instituant une procédure de vérification sécurisée des données à caractère personnel contenues dans les actes de l'état-civil permet pourtant aux caisses de demander aux officiers de l'état-civil dépositaires des actes de vérifier les données déclarées par les assurés, en dispensant ainsi les assurés de les produire.

La mutualisation avec d'autres administrations des données utiles à la gestion des droits aux prestations versées par les caisses peut prendre deux formes : les rapprochements de fichiers, à l'image de ceux en vigueur entre la CNAV et la DGFiP pour l'application des prélèvements sociaux aux pensions de vieillesse et entre la CNAF et la DGFiP pour la prise en compte des revenus fiscaux ; des échanges individualisés de données, en s'appuyant notamment sur le dispositif France Connect.

France Connect

France Connect est un service proposé par l'État depuis 2016, qui a un double objet : simplifier l'accès sécurisé des usagers aux services publics numériques et faciliter le partage de données entre administrations, à l'initiative des usagers.

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 et organismes. En général, les identifiants et mots de passe sont ceux des comptes *Ameli* ou *impots.gouv.fr,* principaux fournisseurs d'identité pour ce dispositif.

En outre, l'usager d'un téléservice, préalablement authentifié grâce au dispositif France Connect, n'est pas tenu de produire à l'appui d'une demande un avis d'impôt sur le revenu, s'il saisit en ligne son numéro fiscal et consent à la récupération automatique des données fiscales par l'administration, fournisseur du service, auprès de la DGFiP.

France Connect connaît à ce jour des applications limitées. Des trois caisses nationales, la CNAM est la seule à fournir des données à d'autres opérateurs, en participant à une expérimentation avec l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris dans laquelle elle met à disposition des établissements les données sur les droits des patients utilisant le téléservice de préadmission. La CNAM devrait par ailleurs utiliser les données de la DGFiP sur les revenus fiscaux de référence, afin de dispenser les demandeurs de la CMU-C de devoir produire un avis d'imposition à l'appui de leur demande, même quand celle-ci est effectuée en ligne.

La CNAV a été le premier organisme social à proposer aux assurés de s'identifier sans créer de nouveau mot de passe, en utilisant ceux de l'assurance maladie ou de la DGFiP via France Connect. En revanche, elle n'est pas encore entrée dans le dispositif d'échanges, que ce soit en tant que fournisseur ou en tant qu'utilisateur de données qu'elle pourrait automatiquement récupérer lors de demandes de retraite en ligne. Elle prévoit de récupérer automatiquement via France Connect, à partir de 2020, les données fiscales (revenu fiscal de référence et nombre de parts).

Enfin, le site *caf.fr* n'est pas encore équipé de la touche (« bouton ») France Connect au motif que le compte, commun aux personnes composant le foyer allocataire, n'est pas strictement personnel. Le déploiement du dispositif France Connect est prévu en 2020, après une refonte du mode de connexion au compte. Néanmoins, les partenaires administratifs des CAF (services sociaux, conseils départementaux, CPAM) sont habilités, à des degrés divers, à consulter les dossiers des allocataires dans le cadre de l'exercice de leurs missions. En marge de France Connect, un progrès important est attendu de la généralisation, en cours, de l'appel automatisé aux informations contenues dans l'application de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France (AGDREF) à l'occasion du traitement de demandes de prestations, qui conduira à dispenser les demandeurs de produire une copie de leur titre de séjour.

2 - Réduire les erreurs et les délais de versement qui affectent les prestations

Dans les branches famille et maladie, la production des droits et des prestations repose très largement sur les ressources ou les revenus professionnels déclarés par les assurés ou par des tiers (par exemple, les employeurs pour les indemnités journalières). En outre, les phases de traitement des données déclarées sont inégalement automatisées. Les erreurs déclaratives et celles des caisses dans l'application de la réglementation sont à l'origine d'anomalies dans la reconnaissance des droits et le montant des prestations versées. La Cour en souligne la fréquence et la portée financière dans ses opinions sur la régularité, la sincérité et l'image fidèle donnée par les comptes des branches du régime général de sécurité sociale[557].

Le numérique doit favoriser l'évolution du modèle de production des deux branches, par l'acquisition de données fiabilisées et la généralisation du traitement automatisé de celles-ci.

[557] Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale, exercice 2018*, La Documentation française, mai 2019, 63 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

La création d'une base des ressources mensuelles[558], alimentée par les flux de données de ressources (salaires versés par les employeurs du secteur privé et déclarés chaque mois par ces derniers dans la déclaration sociale nominative - DSN, revenus des travailleurs indépendants, revenus de remplacement et revenus du capital), constitue la première « brique » du nouveau modèle de production de la branche famille.

Dans le cadre de la réforme des aides au logement qui vise à prendre en compte les ressources du dernier trimestre et non plus le revenu fiscal de l'année N-2, les ressources des allocataires seront récupérées de manière automatisée dans la base des ressources mensuelles, lors de la demande en ligne d'une aide au logement, sous réserve de certaines exceptions (comme les pensions alimentaires perçues et versées et une partie des revenus du capital, qui devront être déclarées par les allocataires). Initialement prévue au 1er janvier 2019, l'entrée en vigueur de cette réforme a été reportée à plusieurs reprises, en dernier lieu au 1er janvier 2020.

Au-delà des aides au logement, la CNAF prévoit d'utiliser la base des ressources mensuelles pour l'attribution d'autres prestations, notamment le RSA et la prime d'activité. Ces chantiers restent à engager. En dehors de la branche famille, les données de la base des ressources mensuelles devraient également être utilisées par la branche maladie, afin de fiabiliser une partie des données prises en compte pour attribuer la CMU-C, ainsi que le montant des pensions d'invalidité versées en fonction de l'évolution des revenus professionnels de leurs titulaires[559].

Un autre enjeu concerne la refonte des applications de gestion des prestations afin d'accroître l'automatisation des opérations et réduire ainsi les délais et erreurs de traitement, au stade de l'instruction des droits et du paiement des prestations.

[558] Loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.
[559] Voir le chapitre IV du présent rapport, Les pensions d'invalidité : une modernisation indispensable au service d'un accompagnement renforcé des assurés.

Dans la branche vieillesse, les anomalies qui affectent les données de carrière prises en compte pour l'attribution et le calcul des pensions sont la première cause des erreurs qui ont une incidence financière défavorable pour les assurés ou la sécurité sociale. Une refonte de l'outil utilisé pour les régularisations de carrières, qui interviennent préalablement ou lors de l'attribution des pensions de retraite, est prévue en 2020, en lien avec la montée en charge progressive du répertoire de gestion des carrières unique (RGCU), qui couvre l'ensemble des régimes de sécurité sociale. Elle s'accompagnera de la mise en place d'un téléservice de régularisation des carrières qui permettra aux assurés de compléter ou de modifier leurs données de carrière en joignant des pièces justificatives.

L'évolution du système d'information relatif aux carrières devrait ainsi ouvrir la voie à une adaptation du modèle de production de la branche, en donnant une place accrue aux opérations de régularisation de carrière effectuées en amont du dépôt de la demande de retraite. Cela permettrait de réduire les délais d'instruction des dossiers de demandes de pension, qui tiennent en grande partie aux régularisations opérées sur la totalité ou la plus grande partie de la carrière au stade de l'instruction des droits à pension, avec des risques accrus d'erreur. Les gains de productivité qui seraient réalisés dans la gestion des carrières doivent par ailleurs contribuer à atteindre l'objectif de réduction d'emplois fixé par la COG 2018-2022 de la branche vieillesse (-770 CDI à périmètre constant).

Dans les trois branches, des engagements forts de modernisation sont inscrits dans les schémas directeurs 2018-2022 des systèmes d'information, adoptés parallèlement aux COG. La refonte programmée des applications de gestion devra être conçue en intégrant systématiquement la mise en place de téléservices et de restitutions dématérialisées d'informations aux assurés (sous la forme de possibilités de consultation de la situation de leur dossier ou l'envoi de courriels).

Ces engagements devront être tenus afin que le numérique améliore notablement la qualité du service rendu aux assurés, la maîtrise des risques financiers liés à l'attribution et au calcul des prestations, ainsi que la productivité des caisses de sécurité sociale.

B - Prendre en compte les besoins de l'ensemble des assurés

1 - Renforcer les actions visant à réduire la « fracture numérique » dans l'utilisation des services de la sécurité sociale

Le numérique n'est susceptible de faciliter l'accès des assurés à leurs droits que s'ils sont équipés (ordinateur, smartphone, scanner, connexion internet) et maîtrisent l'usage de ces technologies. Ces deux conditions sont encore imparfaitement réunies[560]. Dans les communes de moins de 1 000 habitants, un tiers des habitants n'ont pas accès à une connexion de qualité, ce qui représente 15 % de la population. Quant aux compétences numériques[561], 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 % chez les personnes sans diplôme du système scolaire.

La CNAF estime que 20 % du public qui se rend dans les accueils des CAF est confronté à des difficultés d'usage du numérique. Dans les espaces en libre-service, des agents des CAF prennent en charge les besoins d'accompagnement qui en résultent. L'« inclusion numérique » est par ailleurs déléguée à des partenaires, pour l'essentiel associatifs.

La stratégie d'inclusion numérique de la branche famille

La branche famille se distingue par son engagement en faveur de l'inclusion numérique des allocataires des prestations dont elle assure la gestion.

En 2015, elle a formulé une stratégie dite du « *100 % dématérialisé, 100 % personnalisé* », consistant à mener parallèlement la dématérialisation des procédures et la proposition d'une offre d'accompagnement numérique et de facilitation des démarches administratives dans ses espaces en libre-service ou chez ses partenaires.

Début 2018, une centaine d'actions portées par 40 CAF pouvaient être recensées. Elles consistent à mieux connaître les profils d'usagers en difficulté avec les outils numériques proposés, à les orienter vers des partenaires mettant en œuvre des actions d'inclusion numérique, à établir des outils de diagnostic d'autonomie numérique ou à proposer des actions de facilitation des usages numériques (sous la forme notamment d'ateliers).

[560] Défenseur des droits, *Dématérialisation et inégalités d'accès aux services publics,* janvier 2019.
[561] CREDOC, *Baromètre du numérique 2018,* décembre 2018.

Ces initiatives ont alimenté les travaux préparatoires à la définition d'une stratégie nationale. Le programme national 2019-2022 en faveur de l'inclusion numérique de la branche famille comporte trois volets principaux : repérer les publics éloignés du numérique, les accompagner dans la réalisation des démarches en ligne et orienter ceux qui ont besoin de se former aux compétences numériques de base vers les partenaires de la médiation numérique. Des expérimentations en cours dans 12 CAF doivent permettre de construire des outils communs à l'ensemble des caisses.

Afin de ne plus laisser à la seule initiative des caisses locales les actions d'inclusion numérique, les deux autres branches du régime général devraient mettre en œuvre des plans nationaux ; la branche maladie a engagé une démarche en ce sens.

Au-delà, les branches du régime général devraient mieux identifier les assurés qui ont des difficultés particulières à utiliser les outils numériques et à réaliser des démarches en ligne, afin de les orienter vers des dispositifs généralistes d'accompagnement et davantage évaluer les actions menées. Sans nécessairement attendre les prochaines COG, des objectifs chiffrés d'accompagnement accru des assurés à l'utilisation des outils numériques de la sphère sociale devraient être fixés aux branches du régime général.

2 - Améliorer la qualité du service téléphonique et des courriels et mieux accompagner les assurés dans le suivi de leur dossier

L'importance des contacts réitérés par téléphone et courriel dénote une qualité insuffisante des réponses apportées aux demandes qui empruntent ces canaux de communication avec les caisses de sécurité sociale.

En matière d'accueil téléphonique, le seul objectif fixé par les COG 2018-2022 porte sur l'accessibilité du service, mesurée par un indicateur correspondant à un taux moyen de prise en charge (par un agent ou par un serveur vocal interactif) des appels reçus sur l'ensemble de l'année. Si les résultats des caisses sont généralement voisins de l'objectif ou le dépassent, celui-ci a une pertinence limitée du fait des fortes fluctuations journalières et horaires des appels.

La qualité de la réponse téléphonique devrait être améliorée en orientant les appels, selon leur objet, vers des téléconseillers spécialisés, en stabilisant les équipes de téléconseillers, en diversifiant les missions qui leur sont confiées et en réduisant le recours à des agents sous contrat à durée déterminée.

Par ailleurs, l'activité de traitement des courriels devrait être pilotée plus étroitement dans les trois branches, en dotant les caisses locales d'un outil de gestion des courriels selon leur niveau de priorité et d'un tableau de bord assurant un suivi global de l'activité, et non limité au seul délai de traitement (nombre de courriels reçus et traités, nombre de courriels traités supervisés, taux de courriels réitérés, productivité horaire des téléconseillers…).

Pour répondre aux besoins de réassurance exprimés par les assurés, les caisses, en particulier dans la branche maladie, leur adressent des messages personnalisés (courriel, SMS, message vocal) afin de les informer du traitement administratif de leur dossier. Ces contacts vers les assurés, à l'initiative des caisses, moins coûteux que le traitement des contacts des assurés vers les caisses[562], devraient être développés, notamment dans les situations qui suscitent les contacts les plus fréquents (retards de traitement, suspension de paiement, indus). À cette fin, les caisses devraient veiller à collecter des coordonnées actualisées de contact des assurés (numéro de téléphone portable et adresse électronique) à l'occasion de chaque échange avec ces derniers.

La réduction des réitérations de contacts, en particulier sur les canaux du téléphone et du courriel, à partir d'une mesure objective du phénomène, devrait figurer au nombre des objectifs des prochaines COG des branches du régime général.

3 - Coordonner plus étroitement les offres de services des branches

Chacune des branches du régime général a conçu et déployé ses propres téléservices. À défaut de téléservices communs, des dispositifs d'échanges de données ont été mis en place, notamment à l'occasion de certains événements de vie, tels que la grossesse, la naissance, le passage à la retraite ou la perte d'un conjoint. Néanmoins, ils n'apportent pas toujours aux assurés la qualité de service attendue.

Le dispositif d'échanges de données entre la CNAF et la CNAV en vue d'organiser le passage à la retraite des bénéficiaires de minima sociaux connaît des dysfonctionnements qui sont à l'origine de carrières non régularisées en amont et de dépôts tardifs de demande de retraite personnelle. Ils exposent les assurés concernés à un risque d'interruption de ressources qui, aujourd'hui, n'est pas mesuré.

[562] Selon la CNAM, les coûts d'expédition d'un courriel sortant, d'un SMS et d'un message vocal s'élèvent respectivement à 0,00048 €, à 0,0462 € et à 0,01992 € (TTC).

Le téléservice déployé sur le site *caf.fr* permettant de demander, sous certaines conditions, à la fois le RSA et la CMU-C, est souvent mal utilisé par les allocataires, une partie d'entre eux validant seulement la demande du RSA.

Afin de simplifier les démarches et de faciliter l'accès des assurés à leurs droits, des parcours interbranches devraient être définis pour les événements de la vie. Ces parcours préciseraient notamment, à chaque étape du processus, les attributions de chaque caisse et les échanges à mettre en place entre les caisses. À ce titre, un téléservice commun aux branches famille et maladie, visant les déclarations de grossesse et de naissance, permettrait de mettre en œuvre le principe « dites-le nous une fois », en dispensant les assurés de déclarer deux fois les mêmes informations et de produire les mêmes pièces auprès des caisses des deux branches. Le portail *mesdroitssociaux.gouv.fr,* créé en 2017, pourrait constituer une porte d'entrée du premier parcours interbranches, relatif à la naissance, en cours d'élaboration.

En outre, la mise en place entre les branches famille et vieillesse d'échanges mieux organisés et dématérialisés de données permettrait aux caisses de retraite de fluidifier les passages à la retraite en procédant aux régularisations de carrière avant l'âge légal d'admission à la retraite. Elles seraient alors en mesure de proposer un accompagnement renforcé aux bénéficiaires de minima sociaux visant à mieux les informer de la date de leur départ à la retraite à taux plein. Au-delà, l'instauration d'une liquidation d'office des retraites des titulaires de l'AAH à l'âge légal de départ à la retraite devrait être examinée, s'agissant d'assurés qui bénéficient du taux plein dès l'âge légal, quelle que soit leur durée d'assurance. La dématérialisation des signalements des allocataires approchant l'âge légal de départ à la retraite, entre les CAF et les caisses de retraite, qui doit prendre effet en 2020, sera une première étape dans la construction d'un parcours commun CNAF-CNAV de passage à la retraite des bénéficiaires de minima sociaux.

Enfin, l'importance du non-recours à la CMU-C et à l'ACS[563] par une fraction importante des personnes éligibles à ces dispositifs illustre la nécessité de développer le partage de données entre les branches afin de réduire le non-recours dans le cadre de la gestion des prestations légales comme de l'action sociale.

Le non-recours à la CMU-C et à l'ACS

En 2017, selon les estimations de la DREES, entre 34 % et 45 % des personnes éligibles à la CMU-C, soit entre 2,5 et 3,3 millions de personnes, et entre 41 % et 59 % des personnes éligibles à l'ACS, soit entre 1,5 et 2,1 millions de personnes, ne recouraient pas à ces aides. Ces estimations sont minorées à un double titre ; elles portent sur les seuls départements métropolitains ; celle relative au non-recours à l'ACS est diminuée de la proportion estimée (soit 20 %) de personnes couvertes par un contrat collectif obligatoire d'entreprise, dont les personnes titulaires de la CMU-C ou de l'ACS peuvent choisir de se dispenser.

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

1 - Distinguer davantage les niveaux d'accueil en fonction des besoins des assurés

Les caisses de sécurité sociale accueillent les assurés dans leurs propres locaux ou dans des permanences d'accueil situées dans ceux de partenaires (centre communal d'action sociale, mairie, centre social). Dans les trois branches, elles ont réduit le nombre de sites d'accueil. Cette évolution a surtout concerné les permanences d'accueil, hébergées par des partenaires, qui recevaient un nombre réduit d'assurés. Les durées d'ouverture au public ont pu également être modifiées, généralement à la baisse.

[563] En application de la LFSS 2019, la CMU-C et l'ACS sont remplacées au 1er novembre 2019 par la complémentaire santé solidaire. La couverture complémentaire restera gratuite pour les personnes qui remplissent aujourd'hui les conditions, notamment de ressources, de la CMU-C. Pour leur part, les personnes qui satisfont aujourd'hui les conditions de l'ACS acquitteront une participation réduite.

Tableau n° 46 : évolution du nombre de sites d'accueil (2014-2018)

	2014	2018	Taux d'évolution
Branche famille			
Nombre total de sites	**1 582**	**1 394**	**-11,9 %**
- Agences et antennes	340	297	-12,6 %
- Permanences hébergées par des partenaires	1 242	1 097	-11,7 %
Branche maladie			
Nombre total de sites	**2 125**	**1 432**	**-32,6 %**
dont sites de catégorie D (moins de 5 000 visites par an)	1 304	944	-27,6 %
Branche vieillesse			
Nombre total de sites	**951**	**525**	**-44,8 %**
- Agences retraite	285	223	-21,8 %
- Points d'accueil retraite hébergés par des partenaires	666	302	-54,7 %

Source : Cour des comptes, d'après les caisses nationales.

Dans le même temps, l'offre de service des caisses chez les partenaires a été rendue plus accessible, à la suite notamment de la création des maisons de services au public (MSAP) par la loi du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République. Fin 2018, 1 313 MSAP étaient en activité : 616 maisons portées par une collectivité territoriale, 203 par une association et 494 par La Poste.

La branche famille a particulièrement développé les partenariats qui concourent à permettre aux allocataires d'accéder à son offre de service en faisant de l'accompagnement numérique (points d'accueil numériques) et de l'aide aux démarches (points relais CAF). En 2018, la CNAF dénombrait plus de 2 000 relais partenaires au plan national, dont près de 1 000 MSAP, soit plus des trois quarts d'entre elles. Les caisses d'assurance maladie et les caisses de retraite étaient quant à elles partenaires d'environ 60 % des MSAP (774 et 782 respectivement).

Parallèlement au développement des téléservices, les caisses ont mis en place une réponse graduée aux demandes des assurés, avec un premier niveau d'aide aux démarches et d'accompagnement à l'utilisation des téléservices et un second niveau de renseignement expert sur la réglementation, de suivi des dossiers individuels et de traitement personnalisé des situations complexes (accès aux droits, fragilité sociale, dossiers dont le traitement est bloqué, indus).

Cette démarche de gradation de l'offre de service devrait être poursuivie et déclinée sur l'ensemble du territoire, selon deux orientations complémentaires visant à garantir :

- la proximité territoriale de l'offre de service de premier niveau, permettant d'accompagner les assurés sur l'ensemble du territoire ;
- l'accès à une offre de service plus spécialisée, de second niveau.

L'offre de service de proximité de premier niveau a vocation à être principalement assurée par les partenaires des caisses et les réseaux mutualisés de services publics. À cette fin, la participation des caisses doit être adaptée aux caractéristiques des territoires et à l'intensité des relations avec les assurés, variable selon les branches. En outre, il convient de faire monter en gamme l'offre de service des partenaires.

Comme l'a récemment recommandé la Cour[564], il s'agit de « développer la qualité et l'attractivité des offres mutualisées de service public, principalement des MSAP », et d'évaluer la qualité et les résultats des actions qu'elles mènent, afin de rendre plus homogènes le contenu du service rendu et l'accompagnement aux démarches administratives.

Par ailleurs, le Gouvernement a annoncé en mai dernier la labellisation d'ici à 2022 de 2 000 maisons France services, qui succéderont aux MSAP afin d'offrir à l'ensemble de la population, cinq jours par semaine et à 30 minutes au plus par déplacement automobile, un « socle de services communs », comprenant notamment ceux des caisses du régime général ainsi que du régime agricole.

Assurée par des conseillers aux compétences plus poussées, l'offre de service de second niveau relève quant à elle d'un maillage territorial moins fin, assuré par les sites d'accueil et permanences dont la fréquentation justifie le maintien. Une amélioration de la qualité des prises en charge téléphoniques est indispensable pour assurer son accessibilité aux assurés qui en resteront éloignés sur le plan géographique ou ont une mobilité réduite. En outre, les technologies numériques offrent de nouvelles possibilités d'accès à cette offre de service de second niveau, à travers les rendez-vous à distance (web-rendez-vous depuis le domicile ou visio-guichet chez les partenaires et dans les futures maisons France services). Les prochaines COG avec l'État devraient engager les branches du régime général à développer les rendez-vous à distance.

[564] Cour des comptes, *Communication au comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale*, L'accès aux services publics dans les territoires ruraux, mars 2019, 154 p. disponible sur www.ccomptes.fr.

2 - Améliorer l'accueil, notamment en rendez-vous, pour traiter les situations complexes

Les résultats de l'accueil en rendez-vous (ouverture d'un droit, mise à jour d'un dossier…) et ses effets sur les réitérations de contacts sont mal connus des caisses.

Beaucoup plus coûteux que le traitement des appels téléphoniques et des courriels[565], les rendez-vous ne sont pas toujours suffisamment ciblés sur les situations qui le justifient, la prise de rendez-vous étant largement laissée à l'initiative des assurés. Le rappel téléphonique en amont du rendez-vous n'est pas généralisé[566], ce qui peut expliquer la fréquence souvent élevée de rendez-vous non honorés par les assurés, qui atteint jusqu'à 25 % dans certaines caisses[567]. Par ailleurs, les rendez-vous ne sont pas systématiquement préparés, ni conclusifs, ce qui peut favoriser la réitération de contacts. Les entretiens information retraite sont également marqués par un ciblage insuffisant des assurés reçus en rendez-vous, comme de l'objet de ces entretiens.

Dans la branche vieillesse, le nombre d'espaces en libre-service reste insuffisant et leur fonctionnement trop dépendant de la présence de volontaires du service civique pour les animer. La rotation et les aléas de recrutement des effectifs peuvent entraîner des fermetures temporaires des espaces. Les services proposés par les tablettes et les bornes installées sont en nombre limité. Ainsi, les assurés ne peuvent y imprimer une estimation indicative globale de la pension alors qu'il s'agit d'un document important pour la préparation du passage à la retraite.

3 - Orienter les assurés vers le mode de contact le plus adapté

L'usage des téléservices progresse à un rythme rapide, mais la forte croissance des contacts suggère que les téléservices se sont pour partie juxtaposés plutôt que substitués aux modes traditionnels de contact.

---

[565] Le coût d'un rendez-vous est estimé à 18 € à la CAF des Hauts-de-Seine et à 10 € à la CPAM de l'Hérault, celui d'un appel téléphonique, respectivement à 2,10 € et à 4,60 € et celui d'un courriel à 2,50 € et à 2,30 €.

[566] Mis en place par exemple à la CAF de l'Hérault, l'appel téléphonique d'un gestionnaire-conseil à l'allocataire qui a demandé un rendez-vous permet de réduire de 60 % le nombre de demandes à honorer.

[567] CAF des Hauts-de-Seine et CPAM de l'Hérault.

En effet, de mêmes données (ressources…) et événements (grossesse…) sont déclarés plusieurs fois en utilisant des supports distincts[568]. De même, des prestations et aides sont demandées plusieurs fois selon des modalités différentes[569].

Par ailleurs, les caisses ne sont pas encore parvenues à orienter les assurés vers les téléservices pour toutes les opérations simples. Les assurés continuent souvent à se rendre aux accueils, à adresser des correspondances papier ou à effectuer des appels téléphoniques pour des démarches qui pourraient être effectuées par le canal numérique, telles que le dépôt de documents, la modification des coordonnées de contact, le signalement d'un changement de situation ou l'obtention d'une attestation de droits.

Mieux construire et piloter la relation de service avec les assurés nécessite d'avoir analysé au préalable leurs besoins, défini une offre adaptée pour les situations complexes ou de fragilité et déterminé les canaux à privilégier. Cette modélisation des parcours-usagers est au mieux en cours. La branche famille a engagé une démarche de cette nature depuis 2016 et a déployé à ce jour trois parcours intégralement digitalisés (RSA, prime d'activité et aides au logement) ; elle prévoit par ailleurs la mise en place de parcours par situation de vie. La branche vieillesse déploie trois parcours en 2019 (demande de la pension de retraite, perte du conjoint et réclamations), mais n'a pas encore établi celui relatif à la préparation de la retraite, en amont de la demande de la prestation. La branche maladie n'a pas encore élaboré de parcours par situation de vie.

Afin d'orienter les assurés vers le mode de relation le plus adapté, les caisses doivent par ailleurs disposer d'un système d'information qui leur procure une représentation exhaustive des démarches des assurés et de leurs motifs, sur l'ensemble des canaux de contact. Les CPAM disposent du système d'information de gestion de la relation-client le plus complet, car intégrant la quasi-totalité des canaux de contacts et un référentiel des motifs de contacts commun aux différents canaux ; cependant elles exploitent encore insuffisamment les potentialités de cet outil. Les CAF et les caisses de retraite n'en sont pas encore dotées. Un tel outil est pourtant indispensable à la mise en œuvre d'une stratégie, dite multicanal, visant à orienter les assurés vers le mode de réponse le plus adapté.

---

[568] Doublons de déclarations trimestrielles de ressources (format papier / déclaration en ligne) ; doublons de déclarations de grossesse (format papier/format dématérialisé, format papier/*caf.fr*, format dématérialisé/*caf.fr*, format papier/flux CPAM).

[569] Les demandes d'attribution de la CMU-C peuvent parvenir aux CPAM selon quatre canaux distincts pour les allocataires du RSA (format papier, flux@RSA, caf.fr et ameli.fr). La CPAM Rouen-Elbeuf-Dieppe estime à 45 % le nombre de doublons dans les dossiers de demande de la CMU-C pour les bénéficiaires du RSA.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La transformation numérique de la relation de service des caisses de sécurité sociale avec les assurés sociaux est nettement engagée dans les branches du régime général de la sécurité sociale. Elle se traduit notamment par une gamme de plus en plus étendue de téléservices, un développement significatif de leur usage et une adaptation du niveau global de l'offre d'accueil physique dans les permanences hébergées par des administrations partenaires et, dans une moindre mesure, dans les propres sites des caisses.

C'est dans la branche famille que cette transformation est la plus avancée, compte tenu de l'ouverture systématique d'un compte en ligne par foyer d'allocataire et de la déclaration par ce biais de leurs ressources par la plupart des allocataires. Dans la branche vieillesse, le caractère plus limité de la transformation numérique que dans les branches famille et maladie traduit des besoins de contact moins fréquents, mais aussi la mise en place plus récente de téléservices. Pour la branche maladie, la portée de la transformation numérique pour les assurés dépend notamment du développement des usages des informations qui seront intégrées à l'espace numérique de santé personnel créé par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Cependant, le développement des usages numériques rencontre des obstacles. Les compétences des assurés dans l'utilisation des services en ligne sur internet ou dans les applications de téléphonie mobile sont variables. De plus, les téléservices proposés ne couvrent pas encore ou incomplètement les demandes de prestations, les déclarations ponctuelles ou périodiques et le suivi personnalisé du dossier. Les assurés répètent souvent de mêmes démarches en utilisant plusieurs canaux de contact, faute d'avoir obtenu une réponse adaptée à leurs attentes ou une information précise sur l'état de leur dossier. Le fait de déclarer un événement de leur vie à une caisse de sécurité sociale ne les dispense pas toujours de devoir le déclarer aux autres. De manière générale, les caisses de sécurité sociale et les administrations de l'État ne mutualisent qu'en partie les informations nécessaires à l'attribution et au calcul des droits et des prestations.

Outre qu'elle est un frein au développement des téléservices par les branches et à leur usage par les assurés, la complexité des règles d'attribution et de calcul des prestations sociales engendre des incompréhensions à l'origine de contacts répétés, contribue au non-recours aux droits et limite l'automatisation des opérations de traitement.

Ces obstacles entraînent des insatisfactions pour les assurés ainsi que des pertes d'efficience pour les caisses de sécurité sociale. Ils s'accompagnent d'une prise en compte encore insuffisante par les caisses du régime général de sécurité sociale des enjeux de qualité du service rendu

aux assurés, qu'il s'agisse des canaux traditionnels de contact - notamment les accueils téléphoniques - ou des délais de traitement des demandes utilisant le canal numérique.

Si les usages numériques n'ont pas vocation à se substituer à l'ensemble des autres modes de contact, les branches du régime général doivent amplifier leurs efforts, et notamment mener à bien leurs projets informatiques, afin que le développement du numérique permette d'effectuer un saut qualitatif dans le niveau du service rendu aux assurés et d'améliorer l'efficience des organisations et des moyens qu'elles mettent en œuvre.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

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 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).*

Récapitulatif des recommandations

PREMIÈRE PARTIE

ASSURER UN RETOUR PÉRENNE À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

RECOMMANDATIONS

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

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).

Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial de la sécurité sociale pour l'exercice 2018

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).

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

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).

DEUXIÈME PARTIE

LES REVENUS DE REMPLACEMENT VERSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE : UNE SOUTENABILITÉ ET UNE ÉQUITÉ À MIEUX ASSURER

RECOMMANDATIONS

Chapitre III – Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts

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).

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

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 1ère 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).

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

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).

TROISIÈME PARTIE

AMÉLIORER L'EFFICIENCE DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS

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

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).

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

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).

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

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).

Chapitre IX – L'assistance médicale à la procréation : une efficience à renforcer

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).

QUATRIÈME PARTIE

FAVORISER UNE MISE EN ŒUVRE PLUS EFFICACE DE LEURS MISSIONS PAR LES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

RECOMMANDATIONS

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

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 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).

Liste des abréviations

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ABM	Agence de la biomédecine
ACE	Actes et consultations externes
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACS	Aide au paiement d'une assurance complémentaire santé
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AFNOR	Association française de normalisation
AGDREF	Application de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
ALD	Affection de longue durée
AMC	Assurance maladie complémentaire
AME	Aide médicale de l'État
AMI	Outil d'aide à la décision de mise en invalidité
AMP	Assistance médicale à la procréation
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
AP-HM	Assistance publique – Hôpitaux de Marseille
APL	Accessibilité potentielle localisée
APU	Administrations publiques (comptabilité nationale)
ARRCO	Association des régimes de retraite complémentaire
ARS	Agence régionale de santé
ASI	Allocation supplémentaire d'invalidité
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
ASSO	Administrations de sécurité sociale (comptabilité nationale)
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AT-MP	Accidents du travail – maladies professionnelles

ATU	Forfait d'accueil et de traitement des urgences
C2P	Compte professionnel de prévention
C3P	Compte personnel de prévention de la pénibilité
CAA	Cour administrative d'appel
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMPS	Centre d'action médico-sociale précoce
CANSSM	Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM)
CAQES	Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins
CAQOS	Contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de santé au travail
CAVIMAC	Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CCSS	Commission des comptes de la sécurité sociale
CDRi	Consultation des droits intégrée
CECOS	Centre d'étude et de conservation du sperme
CHU	Centre hospitalier universitaire
CICE	Crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi
CIPAV	Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse des professions libérales
CJUE	Cour de justice de l'Union européenne
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CMU-B	Couverture maladie universelle de base
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNAVPL	Casse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales
CNBF	Caisse nationale des barreaux français
CNC	Conseil national de la comptabilité
CNDS	Comité de normalisation des données sociales
CNDSSTI	Caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants
CNIEG	Caisse nationale des industries électriques et gazières
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNMSS	Caisse nationale militaire de sécurité sociale
CNoCP	Conseil de normalisation des comptes publics
CNRACL	Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CNSE	Centre national des soins à l'étranger
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COR	Conseil d'orientation des retraites
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPCMR	Code des pensions civiles et militaires de retraite
CPO	Coordination hospitalière de prélèvement
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPRP-SNCF	Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRDS	Contribution pour le remboursement de la dette sociale
CREDOC	Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
CRPCEN	Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire
CSG	Contribution sociale généralisée
CSIS	Conseil stratégique des industries de santé
CTIP	Centre technique des institutions de prévoyance
D.	Article d'un décret simple
DAM	Délégués de l'assurance maladie
DGAFP	Direction générale de l'administration et de la fonction publique
DGFiP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIAPASON	Débit intervenant après le parcours des soins
DIM	Département de l'information médicale
DOM	Département d'outre-mer
DPI	Diagnostic préimplantatoire
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSIJ	Déclaration de salaires pour les indemnités journalières
DSN	Déclaration sociale nominative
DSS	Direction de la sécurité sociale
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIR	Échantillon inter-régimes de retraités

ELSM	Échelons locaux du service médical de l'assurance maladie
ENIM	Établissement national des invalides de la marine
ESAT	Établissements et services d'aide par le travail
ESHRE	*European Society of Human Reproduction and Embryology*
ESMS	Établissements et services médico-sociaux
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP	Équivalent temps plein
FAG	Forfait annuel greffe
FATIACL	Allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales
FCAT	Fonds commun des accidents du travail
FCATA	Fonds commun des accidents du travail agricole
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs
FIDES	Facturation individuelle des établissements de santé
FIR	Fonds d'intervention régional
FIV	Fécondation *in vitro*
FPI	Forfait prestation intermédiaire
FRR	Fonds de réserve pour les retraites
FSPOEIE	Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAS	Haute Autorité de santé
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCFP	Haut Conseil des finances publiques
HFEA	*Human Fertilisation and Embryology Authority*
HLA	*Human Leukocyte Antigen*
ICSI	*Intra Cytoplasmic Sperm Injection*
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
IIU	Insémination intra-utérine
IME	Institut médico-éducatif
IMSI	*Intracytoplasmic Morphologically Selected Sperm Injection*
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRCANTEC	Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques

IRCT	Insuffisance rénale chronique terminale
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
L.	Article de loi
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LO.	Loi organique
LPFP	Loi de programmation des finances publiques
LURA	Liquidation unique des régimes alignés
M€	Million d'euros
MCO	Médecine-chirurgie-obstétrique
Md€	Milliard d'euros
MDPH	Maisons départementales des personnes handicapées
MIG	Mission d'intérêt général
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MIV	Maturation *in vitro*
MSA	Mutualité sociale agricole
MSAP	Maison de services au public
MSAP	Mise sous accord préalable
MSO	Mise sous objectif
MTP	Majoration pour tierce personne
MUES	Loi portant mesures d'urgence économiques et sociales
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OGD	Objectif global de dépenses médico-sociales
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PAJE	Prestation d'accueil du jeune enfant
PCG	Plan comptable général
PCH	Prestation de compensation du handicap
PFU	Prélèvement forfaitaire unique
PHARE	Performance hospitalière pour des achats responsables
PHRC	Programme hospitalier de recherche clinique
PIB	Produit intérieur brut
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMA	Procréation médicalement assistée
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PO	Prélèvement d'organes
PPA	Programmes personnalisés d'accompagnement
PPCR	Parcours professionnels, carrières et rémunérations
R.	Article d'un décret en Conseil d'État

RALFSS	Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale
RATH	Retraite anticipée pour les personnes handicapées
RATOCEM	Rentes accidents du travail des ouvriers civils des établissements militaires
RATP	Régie autonome des transports parisiens
RG	Régime général
RGCU	Répertoire de gestion des carrières unique
RISP	Régime d'indemnisation des sapeurs-pompiers communaux non professionnels
ROBSS	Régime obligatoire de base de sécurité sociale
ROC	Remboursement des organismes complémentaires
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Régime social des indépendants
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SASPA	Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SMIC	Salaire minimum de croissance
SMR	Service médical rendu
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SNCF	Société nationale des chemins de fer français
SNDS	Système national des données de santé
SNGI	Système national de gestion des identifiants
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
SSR	Soins de suite et de réadaptation
SRE	Service des retraites de l'État
T2A	Tarification à l'activité
TAP	Transport assis professionnalisé
TEC	Transfert d'embryon congelé
TEP	Tomographie par émission de positions
TPMR	Transport de personne à mobilité réduite
TPT	Temps partiel thérapeutique
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UNCAM	Unité nationale des caisses d'assurance maladie

URSSAF	Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
USRDS	*United States Renal Data System*
USLD	Unité de soins de longue durée
VSL	Véhicule sanitaire léger

Réponses des administrations et des organismes concernés

Sommaire

Réponse commune de la ministre des solidarités et de la santé et du ministre de l'action et des comptes publics 437
Réponse du directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) 443
Réponse du directeur général de la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) 450
Réponse de la présidente du collège de la Haute Autorité de santé (HAS) 450
Réponse de la directrice de l'Agence de la biomédecine..... 452

Destinataires n'ayant pas d'observation

Directeur de la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)
Directeur général de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes
Directeur général de l'Agence régionale de santé Pays de la Loire
Directeur général de l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille
Directeur général du centre hospitalier universitaire Caen Normandie
Directrice générale du centre hospitalier universitaire Dijon Bourgogne
Directeur général du centre hospitalier universitaire La Réunion
Directeur général du centre hospitalier universitaire Lille
Directeur du centre hospitalier de Bagnols-sur-Cèze
Directrice du centre hospitalier de Calais
Directrice du centre hospitalier de Compiègne-Noyon
Directeur du centre hospitalier La Côte Basque
Directeur du centre hospitalier de Dôle
Directrice du centre hospitalier de Guise
Directrice du centre hospitalier du Havre
Directrice du centre hospitalier de La Ferté-Bernard
Directrice du centre hospitalier de Moulins-Yzeure
Directeur du centre hospitalier Niort
Directeur du centre hospitalier de Pontoise
Directeur du centre hospitalier de Saint-Brieuc
Directeur du centre hospitalier de Soissons

Destinataire n'ayant pas répondu

Ministre de l'économie et des finances

RÉPONSE COMMUNE DE LA MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ ET DU MINISTRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

Nous avons pris connaissance avec un grand intérêt du rapport de la Cour sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Les travaux de la Cour constituent, comme chaque année, une contribution importante à l'élaboration des politiques de protection sociale et au pilotage des finances sociales.

Concernant la situation financière de la sécurité sociale[570]*, le rapport de la Cour constate que le retour à l'équilibre ne devrait pas intervenir avant 2020 ou 2021, en raison notamment de la dégradation de la conjoncture économique et de ses effets sur les recettes, et juge que des efforts significatifs de maîtrise des dépenses sont encore nécessaires pour atteindre l'équilibre structurel.*

La conjoncture économique s'est en effet révélée moins favorable que celle anticipée dans le cadre de la loi de financement pour 2019. De surcroît, les mesures dites d'urgence économique et sociale, votées à la fin de l'année 2018, représentent un effort important tant de la part de l'État que de la sécurité sociale en faveur du pouvoir d'achat. Ces constats renforcent le besoin de nouveaux efforts structurels pour assurer le retour à l'équilibre pérenne des comptes sociaux.

Comme le rappelle le rapport de la Cour, ces enjeux devront s'articuler avec l'objectif de désendettement de la sécurité sociale. L'endettement de la sécurité sociale a été réduit depuis 2015 et la dette sociale portée par la CADES sera résorbée d'ici 2024. L'apurement des déficits actuellement portés en trésorerie par l'ACOSS devra également être réalisé à moyen terme.

Le Gouvernement partage la proposition de poursuivre l'évaluation des niches, en s'attachant de façon prioritaire aux dispositifs les plus coûteux. À cet égard une approche différente mériterait sans doute d'être considérée, en recourant à des évaluations plus globales, menées selon des méthodologies éprouvées dans la littérature économique, par des

---

[570] Note de la Cour : la présente réponse, comme les autres reproduites dans le présent rapport, s'appuie sur le projet de rapport adressé le 24 juillet 2019. Elle ne prend donc pas en compte, en particulier, les modifications apportées à son chapitre I par la chambre du conseil le 3 octobre 2019, à la suite de la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale le 30 septembre 2019. À l'occasion de cette réunion, la ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics avaient présenté le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

organismes indépendants, voire dans le cadre de travaux de recherches ou universitaires que l'administration pourrait encourager en mettant à disposition les données utiles dans des cadres conventionnels.

Le Gouvernement partage par ailleurs pleinement la recommandation faite par la Cour sur le contrôle des exonérations. Cette démarche a déjà été initiée sur plusieurs aspects, notamment à l'occasion des travaux menés dans le cadre de l'élargissement récent du champ des allègements généraux. Elle nous semble néanmoins devoir être pensée dans un cadre plus large, en tenant compte d'une part de la nécessité d'assurer aux acteurs économiques et notamment aux entreprises, une lisibilité à moyen terme s'agissant de réduction des prélèvements afin de favoriser l'emploi et la compétitivité, et d'autre part tenant compte du mouvement décidé de centralisation du recouvrement des prélèvements obligatoires autour des Urssaf et de la DGFiP et d'objectifs transversaux de fiabilisation des déclarations et des droits sociaux qui en découlent.

***Concernant les revenus de remplacement versés par la sécurité sociale** et s'agissant notamment des indemnités journalières versées en cas d'arrêt maladie, le Gouvernement partage pleinement l'analyse réalisée par la Cour : si des facteurs structurels, tels que le vieillissement de la population, peuvent expliquer en partie cette hausse des dépenses, la fréquence des arrêts de travail maladie varie aussi comme le souligne la Cour en fonction « des secteurs d'activité et des pratiques de prescription des médecins ». Ces deux facteurs explicatifs gagneraient effectivement à être davantage documentés afin de proposer des actions plus ciblées et pertinentes pour maîtriser la dynamique des arrêts maladie. En outre, des actions à destination des entreprises en vue de prévenir des risques professionnels pouvant conduire à des arrêts de travail mériteraient d'être développées plus amplement, notamment sous un angle incitatif.*

La constitution de nouvelles fiches-repères avec des durées indicatives d'arrêts comme le propose la Cour est une mesure que le Gouvernement souhaite voir impulsée par la CNAM et la Haute autorité de Santé (HAS) afin de pouvoir mieux réguler les prescriptions d'arrêts de travail en donnant aux prescripteurs des fiches-repères dédiées aux pathologies les plus courantes. Néanmoins, ces fiches-repères présentent un caractère indicatif et leur non-respect par les prescripteurs n'entraîne pas de sanctions. Si le Gouvernement est favorable à une régulation plus forte des prescriptions des professionnels de santé, la rémunération sur objectifs de santé publique comme un outil de sanction financière n'apparaît pas comme l'outil pertinent pour mettre en œuvre de telles sanctions.

L'obligation de transmission dématérialisée des arrêts de travail par les prescripteurs à l'assurance maladie, que la Cour appelle de ses vœux, a été instituée par l'article 54 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Cette obligation permettra une amélioration notable dans la connaissance des données de prescription d'arrêts de travail de chaque professionnel de santé et pourra contribuer à une amélioration du contrôle des prescriptions.

Par ailleurs, l'introduction d'un jour de carence d'ordre public doit être expertisée au regard de son effet potentiel sur le volume global de jours d'arrêts indemnisés et des effets de transfert potentiels qu'elle aurait sur les acteurs économiques (entreprises et ménages). S'agissant du retour à l'emploi des salariés en arrêt de travail, le Gouvernement ne peut que partager votre analyse sur la nécessité de mieux accompagner les personnes en arrêt de travail afin d'éviter tout éloignement durable de l'emploi. Considérée comme prioritaire par le Gouvernement et l'assurance maladie, la prévention de la désinsertion professionnelle fait l'objet d'engagements forts, notamment, dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion 2018-2022 des branches maladie et AT-MP. L'État et l'Assurance maladie ont engagé des travaux afin, d'une part, d'améliorer la coordination entre acteurs (service médical, médecin du travail, médecin traitant…) en vue d'une identification et d'un accompagnement plus précoces des salariés en risque de désinsertion et, d'autre part, de redynamiser les différents dispositifs visant à favoriser le retour au poste (le cas échéant avec aménagements) ou la formation professionnelle. Ce sujet a également été inscrit à l'ordre du jour de la concertation sur la santé au travail, à la suite d'une réflexion des partenaires sociaux sur le champ concerné par la négociation collective.

***Concernant les pensions d'invalidité**, le Gouvernement partage pleinement l'avis de la Cour sur la nécessité de moderniser la politique en matière d'invalidité et d'assurer un accompagnement renforcé des assurés. Le dispositif se révèle trop souvent inadapté aux besoins de ses bénéficiaires, en particulier pour les invalides aux faibles ressources percevant l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI). Comme le souligne la Cour, la réflexion en cours autour du revenu universel d'activité devra permettre de repenser l'articulation entre ce minimum social et l'allocation aux adultes handicapés (AAH). De plus, il est vrai que le niveau du cumul autorisé entre pension d'invalidité et revenus professionnels n'est aujourd'hui pas incitatif à la reprise d'activité à temps partiel, et pourrait présenter un caractère beaucoup plus progressif, pour limiter les effets de seuil. Nous partageons le constat de la Cour sur la priorité que doit constituer l'accompagnement des assurés invalides dans leur démarche de reprise d'activité. Si les invalides bénéficient d'ores et*

déjà de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, le suivi médical et social des personnes invalides a vocation à être renforcé dans le cadre des actions de prévention de la désinsertion professionnelle en cours.

Pour l'ensemble des dispositifs d'indemnisation, le Gouvernement souscrit pleinement à la recommandation de la Cour d'exploiter toutes les possibilités offertes par la généralisation de la déclaration sociale nominative (DSN) et la refonte des systèmes d'information du service médical, qui doivent bénéficier aux assurés en termes de démarches et de délais d'obtention des prestations ainsi qu'aux organismes en termes de gestion, grâce à une meilleure connaissance de la situation professionnelle des assurés, à un meilleur contrôle des situations et à un calcul plus sécurisé des droits.

Concernant enfin les départs anticipés à la retraite, le Gouvernement partage le constat effectué par la Cour de la multiplicité des dispositifs existants mais également de la diversité des objectifs poursuivis et des publics visés. Les travaux actuellement menés en vue du dépôt au Parlement du projet de loi visant à refonder notre système de retraite ont vocation à apporter, sur la base des concertations avec les partenaires sociaux et des préconisations remises par le Haut-Commissaire à la réforme des retraites en juillet dernier, une réponse unifiée, simplifiée et adaptée aux spécificités de certaines situations analysées par la Cour (carrières longues, métiers pénibles ou dangereux, handicap…) en permettant le maintien de certains départs anticipés lorsqu'ils reposent sur des motifs objectivés. Par ailleurs, la préoccupation de la Cour d'améliorer le pilotage de ces dispositifs au moyen d'un meilleur suivi de leurs évolutions devrait être satisfaite dans le futur système par le biais d'une plus grande traçabilité des flux et des sources de financement.

***Concernant l'amélioration de l'efficience de notre système de santé**, et s'agissant plus particulièrement des transports programmés, le Gouvernement partage les recommandations de la Cour visant à rendre plus pertinentes les prescriptions de transports. Des travaux ont été engagés afin de favoriser une plus grande médicalisation de la prescription de transports et une mission de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) devrait permettre d'accompagner les établissements de santé dans la mise en œuvre des changements organisationnels nécessaires à un développement plus rapide de la dématérialisation des prescriptions. L'ensemble des professionnels de santé concernés peuvent néanmoins d'ores et déjà prescrire en ligne des transports sanitaires au travers de leur espace dédié (accessible sur espacepro.ameli.fr).*

Concernant le décloisonnement du secteur des transports, le dernier accord-cadre entre les taxis et l'assurance maladie comporte des dispositions qui encouragent à terme un décloisonnement des secteurs sanitaires et médico-sociaux en incitant le transport par les taxis de personnes à mobilité réduite. Cet accord s'inscrit par ailleurs dans un objectif plus large, porté par le Gouvernement, de renforcement de la régulation et de la maîtrise des dépenses de ce secteur.

Quant à la proposition de la Cour d'élargir le champ des dépenses de transports intégrées au budget des établissements de santé, il convient de noter que la réforme introduite par l'article 80 de la LFSS pour 2017, qui ne concernait qu'une partie minoritaire des dépenses de transports sanitaires, a mis en exergue un fort besoin d'accompagnement de l'ensemble des acteurs concernés dans la conduite du changement dans ce domaine. Il apparaît donc prioritaire de continuer à concentrer les efforts de l'ensemble des parties prenantes sur la poursuite du bon déploiement de cette réforme et la mesure de ses impacts.

S'agissant des actes et consultations externes à l'hôpital, le Gouvernement souscrit à l'analyse de la Cour selon laquelle les prises en charge ambulatoires réalisées en établissement de santé doivent répondre à une logique de gradation des soins et des moyens mobilisés autour du patient, en fonction de ses besoins, dans un continuum allant de l'activité externe jusqu'à l'hospitalisation de jour et pleinement intégrée à la structuration territoriale de l'offre de soins. Comme le préconise la Cour, les travaux engagés avec les acteurs concernés devraient conduire à clarifier prochainement les règles de facturation applicables aux prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé, dont les actes et consultations externes. Cela conduira, au cours de la campagne budgétaire 2020, à une évolution de l'arrêté dit « prestations » ainsi qu'à la publication d'une nouvelle instruction, en lieu et place de l'actuelle « circulaire frontière ». Un dispositif de rescrit sera également mis en place, comme la Cour l'appelle de ses vœux.

***Le Gouvernement partage les recommandations de la Cour qui visent à simplifier les démarches des assurés à l'ère du numérique et accroître l'efficacité des organismes de la sécurité sociale**. Il s'agit en premier lieu de généraliser les formalités réalisables sur les espaces personnels ouverts aux assurés sur les sites des organismes, en proposant des téléservices communs aux branches pour déclarer les événements de la vie et en développant les téléservices utilisant le dispositif France Connect, par lequel les assurés autorisent le recueil et l'utilisation des données individuelles qui les concernent. La couverture progressive de 100 % des démarches réalisables en ligne constitue un des axes forts des*

Conventions d'objectifs et de gestion (COG) 2018-2022 et fait également l'objet d'un suivi dans le cadre du Schéma stratégique des systèmes d'information de la sécurité sociale (SSSI). Mais au-delà de cette approche pour ainsi dire classique, il s'agit davantage de repenser en elles-mêmes les démarches et la manière dont sont servies les prestations grâce notamment à la mobilisation en amont des informations recueillies via la DSN et ses équivalents, en tablant sur la transformation de tout premier plan que ces avancées représentent sur le fond pour la mise en œuvre des politiques publiques, comme cela a d'ailleurs été déjà le cas pour la mise en œuvre du prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu.

Le Gouvernement partage ainsi la préconisation de la Cour sur l'extension du dispositif mensuel de prise en compte des ressources d'activité et de remplacement 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. Des travaux sont en cours pour prioriser les prochaines prestations éligibles à ce dispositif. Après les allocations logement, il devrait s'agir prioritairement des retraites, en ce qui concerne la mise en œuvre de la revalorisation différenciée de celles-ci en 2020, de la prime d'activité, de la CMU-C, du RSA, des pensions de réversion et des prestations familiales. La mise en œuvre du revenu universel d'activité, annoncée par le Président de la République lors de la présentation de la Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté, devrait également s'appuyer sur cette approche.

Ces démarches devront s'inscrire à chaque fois que cela est possible dans des parcours usagers, notamment par événement de vie et un groupe de travail dédié du SSSI a été mis en place en ce sens. Ces parcours interbranches ont vocation à être accessibles sur le site commun de la protection sociale, mesdroitssociaux.gouv.fr. Ce portail numérique s'inscrit dans la démarche engagée par l'État de mobilisation du numérique pour faciliter l'accès aux droits, via l'information des usagers et la simplification de leurs démarches.

Concernant l'adaptation des implantations territoriales des caisses, le Gouvernement souscrit aux recommandations de la Cour des comptes allant dans le sens d'une offre de service graduée, en développant l'accompagnement individualisé accessible dans les sites des caisses ou à distance, et en améliorant les partenariats d'accueil de proximité. L'optimisation du maillage territorial s'est ainsi traduite dans la COG CNAV 2018-2022 par l'objectif d'un point d'accueil retraite et/ou

partenaire à moins de trente minutes en voiture du domicile de l'assuré. Des accueils mutualisés se développent également entre les CAF et les CPAM avec à ce jour 11 expérimentations lancées. Afin de s'adapter aux spécificités territoriales, les réseaux développent en outre des expérimentations de solutions mobiles de points d'accueil. La CNAV a par exemple expérimenté un Centre Itinérant Retraite en 2018 afin de permettre aux assurés présents dans les zones géographiques non couvertes par le réseau d'agences et de points d'accueil de la Carsat Nord-Picardie d'avoir un accès à l'Assurance retraite. La CNAF a développé ces types de structure surtout en Outre-Mer : le bureau mobile (La Réunion), la caravane des droits et la MSAP mobile en Martinique et la Pirogue des droits en Guyane.

Par ailleurs, les trois branches sont parties prenantes au dispositif de Maisons de services au public (MSAP) et la nouvelle charte d'engagement définie en 2018 vise notamment à permettre une amélioration de la qualité de service. En outre, le Président de la République ayant annoncé la création de Maisons France Service dans chaque canton, les MSAP permettront d'accroître le nombre de points d'accueils mutualisés de premier niveau. La logique d'implantation territoriale des accueils physiques se pense dorénavant en complémentarité avec l'offre des Maisons France Service et celles des autres organismes de sécurité sociale.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM)

J'ai pris connaissance avec intérêt de vos analyses et de vos recommandations. Comme vous m'y invitez, je souhaiterais vous faire part de plusieurs observations et commentaires sur les différents chapitres de ce rapport.

1. Chapitre sur les indemnités journalières

L'Assurance maladie partage la préoccupation de la Cour face à la croissance des dépenses d'indemnités journalières. Cette augmentation se constate dans la durée, bien au-delà de la seule période 2013-2017, l'inflexion constatée au début des années 2010 étant avant tout conjoncturelle. Elle est sous-tendue par une multitude de facteurs, démographiques, macro-économiques et structurels, au premier rang desquels se trouve la dynamique de la masse salariale, qui explique, à elle seule, comme les données présentées dans le rapport l'illustrent, la moitié

de la hausse constatée. Dans le même temps, l'augmentation rapide des taux d'emploi des plus de 55 ans consécutive aux dernières réformes des retraites contribue également à la hausse du volume et de la durée des arrêts de travail. Ainsi, l'allongement de la durée des arrêts, présenté par la Cour comme le principal moteur de la croissance des dépenses tient en réalité en grande partie à des facteurs exogènes, par ailleurs signes de vitalité économique, qui complexifient le pilotage et la maitrise des dépenses d'indemnités journalières.

Dans ce contexte, l'Assurance maladie mobilise de multiples leviers pour parvenir à limiter cette hausse et à infléchir, durablement, la tendance.

Le premier relève d'un engagement fort en faveur de la réduction des arrêts de longue durée afin d'améliorer le retour à l'emploi. C'est dans cet esprit que l'Assurance maladie a développé, dans sa branche Maladie comme dans sa branche Accidents du travail et risques professionnels, son programme de prévention de la désinsertion professionnelle. Ce programme combine des actions d'information et d'accompagnement personnalisé des professionnels de santé, des assurés et des entreprises. Votre rapport en souligne la pertinence et appelle à en renforcer encore l'ampleur. Je ne peux que souscrire à cette ambition, mais tient à vous rappeler que ce programme, récent, est encore en phase de montée en charge.

Poursuivant cette logique de sensibilisation des prescripteurs aux effets des arrêts de travail de longue durée, l'Assurance Maladie a profondément modifié son approche en matière d'accompagnement et de contrôle des professionnels de santé par le service médical. Cette stratégie graduée, privilégiant le dialogue préalable à l'engagement d'une procédure de sanction, centrée sur les médecins fortement prescripteurs, permet une approche individuelle et adaptée à la situation de chaque médecin. C'est dans cet esprit que nous abordons ce dialogue avec les médecins sur la base d'une analyse de leur activité élaborée en comparaison de celles de leurs confrères exerçant dans des conditions comparables notamment en termes de patientèle et de territoire géographique. C'est également pour cela que le service médical fait le choix, dans ses échanges confraternels avec les médecins concernés, d'analyser des « cas patients » spécifiques, afin de permettre aux médecins d'exposer, sur la base de situations réelles, les raisons qui ont motivé leurs prescriptions. Nous sommes convaincus de l'intérêt de cette nouvelle approche, c'est pourquoi nous ne pouvons souscrire à l'analyse critique formulée sur le peu d'efficacité de ces actions. À titre d'exemple, l'analyse des résultats des deux dernières campagnes d'entretiens d'alerte,

préalables à la mise sous objectifs des professionnels, a montré que les volumes d'indemnités journalières prescrites diminuent dans près de 80 % des cas. Analyser les campagnes MSO/MSAP sous le seul angle du nombre de médecins finalement inclus dans ces dispositifs méconnaît ainsi complètement l'objectif de cette approche graduée, qui vise, à l'inverse, à prévenir plutôt que sanctionner.

Le troisième levier est celui de l'amélioration de l'efficience de notre gestion interne. L'Assurance maladie y est particulièrement attentive et a conduit, à la suite d'un audit interne détaillé de ses outils de gestion réalisé en 2015, de très nombreuses réformes visant à optimiser ses processus. Ces évolutions techniques et stratégiques ont permis de grands progrès, que ce soit dans l'amélioration de nos délais de convocation des assurés, la dématérialisation et l'automatisation de nos processus de liquidation, le recentrage de la stratégie du service médical sur 1'accompagnement des médecins fortement prescripteurs ou encore le renforcement des contrôles sur les assurés en arrêt de longue durée.

Ainsi, sur les 67 recommandations contenues dans le rapport d'audit, 41 recommandations ont été mises en œuvre, 13 sont en cours d'implémentation et 10 n'ont pas été initiées, principalement car elles nécessiteraient des évolutions réglementaires qui ne relèvent pas de la compétence de la CNAM. Nous estimons ainsi, sur la base de nos estimations de 2015, avoir pu réaliser près de 340 M€ d'économies et être en attente de la réalisation de 270 M€ d'économies supplémentaires, par la montée en charge d'évolutions techniques ou réglementaires déjà opérées. Enfin, nous estimons qu'environ 200 M€ supplémentaires pourraient être réalisées à la faveur d'évolutions réglementaires complémentaires.

De nombreux progrès restent en effet bien évidemment à réaliser, et nous attendons par exemple beaucoup de la mise en œuvre de la disposition relative à l'obligation de transmission dématérialisée des avis d'arrêt de travail votée dans la loi relative à l'organisation et la transformation de notre système de santé du 24 juillet 2019, ainsi que de la montée en charge de l'exploitation de la déclaration sociale nominative (DSN), qui permettra notamment de mettre en place la liquidation unique des indemnités journalières.

2. Chapitre sur les pensions d'invalidité

L'Assurance maladie partage le constat de la Cour sur le caractère complexe du dispositif de prise en charge de l'invalidité ainsi que sur son caractère insuffisamment incitatif au retour à l'emploi. C'est pourquoi nous sommes aujourd'hui engagés dans une réflexion avec le Ministère des

solidarités et de la santé, afin de repenser l'ensemble du dispositif, de l'évaluation des pertes de capacités de gain ou de travail jusqu'aux droits associés aux différentes catégories d'assurés entrant dans le dispositif.

L'Assurance Maladie partage également la recommandation de la Cour de développer l'orientation de la gestion du risque d'invalidité vers l'accompagnement des pensionnés afin de réduire notamment le risque de désinsertion professionnelle. La CNAM a lancé à cet effet une mission nationale spécifique relative à la prévention de ce risque. Cette mission a pour objectif de faire évoluer l'offre de l'Assurance Maladie auprès de l'ensemble des publics exposés à un risque de désinsertion professionnelle au travers d'un processus national coordonné. Elle vise ainsi à rénover la gestion de ce risque, notamment en travaillant à l'amélioration du partage des informations entre les services de l'Assurance Maladie mais aussi avec les acteurs extérieurs (Pôle Emploi, services de santé au travail, employeur). À ce jour, les personnes en invalidité peuvent bénéficier d'un accompagnement à ce titre.

La Cour préconise par ailleurs de mettre en place des vérifications automatisées systématiques de ressources des titulaires de pensions et de l'allocation supplémentaire de l'invalidité (ASI). La mise en place cette année de la base ressources mensuelles (BRM), reprenant les données issues de la Déclaration sociale nominative (DSN) et les prestations servies par les organismes de protection social, répond à cette préconisation. Cette base, accessible pour l'instant seulement par la branche famille, sera ouverte de manière progressive à compter de 2020-2021 aux autres organismes de protection sociale.

De plus, la CNAM a programmé des travaux de refonte de l'application de gestion et de paiement des pensions d'invalidité. Le démarrage de ces travaux est prévu pour la fin de l'année 2019. Ils s'échelonneront jusqu'en 2022. À l'issue de la refonte de l'application, les données disponibles dans la BRM seront utilisées pour le calcul de la pension initiale et la détermination du droit éventuel à l'ASI. Elles seront ensuite mobilisées pour la vérification régulière des ressources, ce qui limitera les contacts actuels avec les assurés sur ce sujet.

La BRM autorisera par ailleurs d'assurer un suivi plus ciblé, notamment par le requêtage sur certaines situations, comme par exemple dans les cas de reprise anticipée du travail. Ces requêtages contribueront à la maîtrise des dépenses de l'invalidité.

3. Chapitre sur les transports sanitaires et médico-sociaux

L'Assurance Maladie est mobilisée, de longue date, pour améliorer la maîtrise de la dépense de transports sanitaires. C'est dans ce contexte

que des négociations ont été récemment conduites afin de renforcer la régulation du secteur. Les constats que la Cour dresse sur la forte dynamique des dépenses sont désormais à nuancer avec les résultats que nous constatons au 1er semestre 2019.

Ainsi, les dépenses de transports sanitaires, toutes modalités confondues, ont connu, au 1er semestre 2019, une baisse nette de 3,1 % par rapport à la même période en 2018, alors qu'elles étaient en hausse de 3,5 % sur la période précédente. Cette très forte inflexion se constate pour chacune des modalités de transport analysée (véhicules sanitaires légers, ambulances, taxis, transporteurs sanitaires).

Ces résultats proviennent en partie de l'effet de la mise en œuvre de l'article 80 de la loi de financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2017, dont il conviendra de faire le bilan dans les prochains mois avant d'envisager toute nouvelle évolution, notamment relative à son périmètre. Elles proviennent également très significativement de l'impact des actions conduites par l'Assurance maladie pour limiter le volume et le prix unitaire des transports, au premier rang desquels le protocole signé le 12 novembre 2018 entre les 6 fédérations nationales de taxis et l'Assurance Maladie, qui a conduit à une meilleure maîtrise des tarifs de référence et des taux de remises dans l'ensemble des départements de France.

Par ailleurs, la Cour recommande de décloisonner les transports de malades et médico-sociaux en autorisant notamment les transporteurs spécialisés dans le transport des personnes à mobilité réduite à convoyer les personnes handicapées à leurs lieux de soins. La CNAM souhaite rappeler que les conventions-type entre les taxis et l'Assurance Maladie mises en œuvre depuis cette année ont intégré une valorisation du transport des personnes à mobilité réduite par ce mode de transport. Cette valorisation sera prochainement étendue aux véhicules sanitaires légers, sous réserve de la signature du projet d'avenant à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés relatif à cette valorisation. Ces dispositifs contribuent à décloisonner le secteur, améliorant l'offre de transport pour les personnes à mobilité réduite.

4. Chapitre sur les actes et consultations externes à l'hôpital

Face aux enjeux significatifs que représentent désormais les actes et consultations externe et afin de clarifier la « circulaire frontière », la CNAM serait favorable à la mise en place d'un dispositif de rescrit sur l'application des tarifs des séjours hospitaliers de jour, comme le recommande la Cour. Cette perspective nécessiterait toutefois de définir une gouvernance ad-hoc et des modalités de diffusion des décisions de

nature à garantir leur application homogène dans les établissements hospitaliers.

5. Chapitre sur la politique des greffes

Les recommandations du chapitre VIII, intitulé « La politique des greffes : une chaîne de la greffe fragile à mieux organiser », n'appellent pas d'observations de la CNAM.

6. Chapitre sur la procréation médicale assistée

La Cour recommande d'analyser l'intérêt de l'insémination artificielle pour justifier le nombre de tentatives prises en charge par l'Assurance Maladie. Actuellement le nombre de tentatives d'insémination artificielle remboursables est de six. Ce nombre peut parfois répondre à un besoin médical chez les patientes les plus jeunes.

C'est pourquoi, du point de vue de l'Assurance Maladie, engager des travaux visant à réduire le nombre de tentatives d'inséminations artificielles prises en charge ne devrait pas être le premier levier à utiliser pour améliorer la qualité de la prise en charge et répondre à des situations extrêmes où des équipes tarderaient à proposer une autre technique de procréation médicale assistée (prenant en compte le nombre de tentatives, d'échecs et l'âge de la patiente).

Les efforts devraient porter prioritairement sur l'amélioration des connaissances et des recommandations dans le domaine de la procréation médicalement assistée par les centres qui la pratiquent. La décision médicale partagée et éclairée, entre professionnels de santé et avec le couple, devrait dans le cas présent être recherchée, sans qu'il apparaisse nécessaire de diminuer le nombre d'inséminations artificielles prises en charge par l'Assurance Maladie.

7. Chapitre sur la transformation de la relation de services aux assurés

La Cour souhaite que soient développés les échanges entre administrations de l'État et organismes de Sécurité Sociale pour améliorer la relation de services aux assurés. La convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et la CNAM pour la période 2018-2022 prévoit des engagements en ce sens. La mise en place de la base ressources mensuelles (BRM), dont l'alimentation est effective depuis cette année, constitue la pierre angulaire du développement de ces échanges. La montée en puissance de l'exploitation de la BRM à horizon 2022 permettra de réduire le nombre de démarches déclaratives. Pour l'Assurance Maladie, cette base sera gage de fiabilisation des données transmises. La BRM sera

utilisée à terme dans le cadre de la gestion de la complémentaire santé universelle ainsi que dans la liquidation des pensions d'invalidité.

En complément, des échanges entre le Ministère de l'Intérieur et l'Assurance Maladie sont actuellement en cours de développement. Ils permettront en particulier d'éviter la demande de production d'informations par l'assuré et d'améliorer les contrôles des conditions de régularité de séjour dans le cadre de la Protection Universelle Maladie (PUMa).

D'autres échanges, à l'échelle des organismes de la Sécurité Sociale, font l'objet d'engagement dans la COG 2018-2022 entre l'État et la CNAM. Ces échanges, initiés au cours de la COG précédente notamment en ce qui concerne la déclaration de grossesse en ligne, sont amenés à se développer. L'objectif est de n'avoir à déclarer qu'une seule fois un évènement de la vie (mariage, décès, divorce, naissance, etc.), conformément au souhait des pouvoirs publics d'appliquer la logique « dites-le nous une fois ».

S'agissant de la branche maladie, la Cour indique que « la portée de la transformation numérique dépend dans une large mesure de la réussite de la généralisation engagée du dossier médical partagé. La CNAM partage cet avis. Au-delà de l'enrichissement des données contenues dans les DMP et qui ont fait l'objet d'une programmation dans la feuille de route des systèmes d'information de l'Assurance Maladie, l'article 50 de la loi n° 2019-774 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé constitue un atout pour cette généralisation. La création automatique du DMP, pour tout nouveau-né à compter de 2022, permettra d'en systématiser l'utilisation, tout en gardant à l'esprit que le DMP reste un outil individuel et confidentiel auquel l'Assurance Maladie n'accède pas et ne saurait, à cet égard, être considéré comme un moyen de communication entre l'Assurance Maladie et ses assurés.

Enfin, concernant la politique d'accueil, je tenais à vous informer que l'Assurance Maladie est attachée au maintien d'un maillage territorial étendu. L'offre d'accueil physique est aujourd'hui répartie sur 2 200 sites environ, complétée utilement par la participation à 774 Maison de services au public (MSAP) qui constituent des points d'accueil de proximité territoriale. Cette offre s'inscrit dans une logique de complémentarité avec le canal téléphonique, mail, ainsi que de son offre digitale croissante à partir du compte Ameli. Ce dernier, accessible depuis le web ou les applications smartphone et tablette, comptabilise actuellement plus de 31 millions de comptes ouverts.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

Le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2019 n'appelle qu'une précision de la part de la caisse nationale des allocations familiales, sur le développement des rendez-vous à distance : dans le cadre de sa démarche d'innovation, la branche Famille a conçu un outil « Visiocontact » qui est une solution de visiophonie pour assurer des rendez-vous à distance avec les usagers.

Il s'agit d'une solution alternative au rendez-vous physique. La connexion à Visiocontact est possible avec une tablette, un smartphone ou un ordinateur. Ce dispositif peut être déployé depuis mars 2019 après une phase expérimentale, et quatorze Caf offrent aujourd'hui ce service.

RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DU COLLÈGE DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS)

C'est avec le plus grand intérêt que la Haute Autorité de santé a pris connaissance des extraits que vous nous avez transmis du rapport intitulé La sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2019 (RALFSS).

Les extraits dont la Haute Autorité de santé a été destinataire appellent les commentaires suivants :

*• **Chapitre indemnités journalières** :*

Ce rapport n'appelle pas de remarque particulière de la part de la Haute Autorité de santé.

*• **Chapitre greffe :***

Il est mentionné des difficultés de financement pour les tests HLA dans le cadre de la greffe de moelle osseuse et la nécessité de revoir la tarification NABM. Or cela ne reflète qu'une vision partielle d'un problème plus complexe qui n'implique d'ailleurs pas uniquement la CNAM mais également la DGOS. En effet, en fonction de la situation, un test HLA peut être financé par de multiples modalités budgétaires (NABM, RIHN, liste complémentaire, forfait greffe (FAG)…).

Il convient donc dans un premier temps d'identifier la modalité budgétaire la plus adéquate puis ensuite de statuer sur la valorisation adéquate dans le cadre de cette modalité budgétaire.

À ce stade, il n'est pas certain que la modalité « acte NABM » soit la plus adéquate.

• Chapitre assistance médicale à la procréation :

Nous sommes en accord avec la Cour quant à la nécessité d'un remboursement rapide des actes de vitrification / réchauffement et d'un déremboursement des actes de congélation lente. La HAS a d'ailleurs été informée par la CNAM de son intention d'inscrire ou radier les actes en question par un courrier du 25 avril 2019. L'UNOCAM a également pris acte de cette décision dans son avis du 17 mai. La publication de la décision UNCAM au Journal officiel devrait donc être prochaine. Nous rappelons néanmoins que l'avis de la HAS a été rendu le 19 juillet 2017 (avec une ASA de niveau III pour les actes de vitrification).

Par ailleurs, l'acte de dosage de l'hormone antimüllérienne (utilisé dans le bilan préalable à la stimulation ovarienne) n'est toujours pas pris en charge, malgré un avis favorable de la HAS (avec une ASA de niveau III) rendu le 26 juillet 2017.

Si la longueur du temps pris pour l'inscription des actes de vitrification peut s'expliquer par le temps nécessaire de discussion entre UNCAM et professionnels de santé, il est néanmoins dommage que cette durée de négociation ne soit pas encadrée en 180 jours, comme c'est le cas pour les actes associés à des dispositifs médicaux disposant d'une ASA comprise entre I et III. Il serait donc souhaitable d'élargir les dispositions des articles L.162-1-7-1 et L. 162-1-8 du code de la Sécurité sociale à l'ensemble des actes professionnels dont les actes de biologie médicale à inscrire à la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM). Cela pourrait être fait dans le cadre d'une mesure du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

La Cour des comptes mentionne des procédés d'AMP d'introduction récente non pris en charge par l'Assurance (l'IMSI et la MIV sont ainsi mentionnées).

La plupart des procédés évoqués sont des actes innovants généralement inscrits au sein du Référentiel des actes Innovants Hors Nomenclature (RIHN) et pris en charge à ce titre, sous conditions, via la MERRI G03. C'est notamment le cas de l'IMSI (acte C012) et de la MIV (acte C004). Pour être pris en charge par l'Assurance maladie, ces actes doivent faire l'objet d'une évaluation HAS qui n'a pas encore eu lieu faute de données. En effet l'inscription au RIHN est conditionnée à la réalisation d'une étude visant à colliger les données cliniques manquantes nécessaire à l'évaluation par la HAS. À ce jour, la HAS n'a reçu aucune demande

d'évaluation pour ces procédés, le recueil de données lié au RIHN n'étant pas finalisé.

Il est également important de rappeler que les exigences d'une autorisation de pratique d'une procédure d'AMP (qui reposent principalement sur le « bénéfice/risque » de la technique) sont différentes des exigences du remboursement par la collectivité (qui nécessitent, en complément du bénéfice/risque, l'évaluation de l'utilité clinique de la technique et notamment de sa place dans la stratégie de prise en charge comparativement aux techniques de références : bases du SA/ASA).

Nous insistons également sur le fait que les données comparatives nécessaires à l'évaluation de l'utilité clinique de ces procédés d'introduction récente sont apportées par de la recherche clinique.

Cette remarque est à mettre en relation avec le constat formulé par la Cour dans son rapport sur le besoin de renforcer la recherche clinique en médecine de la reproduction. Il est ainsi essentiel de renforcer et faciliter l'élaboration de protocoles de recherche clinique comparative afin de pouvoir obtenir des financements de recherche.

RÉPONSE DE LA DIRECTRICE DE L'AGENCE DE LA BIOMÉDECINE

Comme vous m'y invitez, je formule en retour la réponse ci-dessous concernant les questions relevant de la compétence et des activités de l'Agence de la biomédecine.

***1. Concernant le chapitre relatif à la politique des greffes**.*

Dans ces domaines, la feuille de route stratégique de l'Agence et de ses partenaires est fixée par des plans ministériels qui couvrent la période 2017-2021. Ces plans sont particulièrement ambitieux. Ainsi le plan greffe organes-tissus prévoit la réalisation de 7800 greffes à l'horizon 2021 alors qu'en 2017, ce sont 6100 greffes qui avaient été réalisées. De même, le plan greffe CSH, pour la première fois individualisé, invite à ce que 310 000 personnes soient inscrites sur le fichier des donneurs volontaires de moelle osseuse d'ici 2021 mais comporte surtout des objectifs qualitatifs en termes de rajeunissement du fichier ainsi que de diversification du sexe (davantage d'hommes) et d'origine.

Dans le domaine du prélèvement d'organes, l'Agence rejoint pour l'essentiel la Cour.

S'agissant plus spécifiquement de la recommandation 31.

L'Agence partage la préoccupation de la Cour quant à la nécessaire analyse des disparités régionales. L'homogénéisation des pratiques d'inscription en liste d'attente, la prise en compte des périodes de contre-indication temporaires, l'information aux patients doivent être encore améliorées ; c'est l'objet de travaux communs entre l'Agence, les associations et les professionnels.

L'hétérogénéité territoriale du taux d'opposition justifie également une attention forte aux pratiques en matière d'abord des proches. Dans cet esprit ont été élaborées par l'Agence, en concertation avec les parties prenantes, les règles de bonnes pratiques relatives à l'entretien avec les proches, comportant en annexe une grille méthodologique avec des modalités de retour et d'analyse. De même, l'enjeu de la formation des professionnels, notamment des coordinations hospitalières de prélèvement, indiqué dans la recommandation 32 mérite effectivement d'être souligné. Dans la limite de ses moyens, l'Agence y apporte une attention soutenue, à la fois sur le territoire au plus près des équipes et par le ciblage de l'accès à sa formation (la FCHP), qui se déroule sur une semaine, à une périodicité élevée, biannuelle au vu du turn-over des personnels des coordinations et avec l'apport pédagogique majeur de la formation par simulation.

S'agissant de la recommandation 32, relancer les prélèvements.

La distorsion entre l'offre et la demande en termes de greffe, l'augmentation du nombre des personnes en attente d'une greffe, devrait, comme dans les autres pays, se baser sur la liste active de candidats à la transplantation, prenant en compte leurs contre-indications temporaires en très forte croissance.

La Cour souligne le recul de l'activité constaté en 2018, après 8 ans de progression, et appelle à une réflexion approfondie sur les perspectives de réalisation du plan greffe. L'Agence et le ministère ont pris acte de cette décélération et engagé immédiatement, en cohérence avec la recommandation 32 de la Cour, des mesures correctrices destinées à retrouver la trajectoire prévue dans le plan greffe : une seconde campagne exceptionnelle de communication a été réalisée à l'automne ; les agents des services territoriaux de l'Agence ont travaillé avec les réseaux de prélèvement les plus en difficulté ; la prise en charge des machines à perfusion pulmonaire a été décidée ; un soutien aux activités Maastricht 3 et donneurs vivants a été mis en place dans la campagne tarifaire suivante et un cadre plus pérenne est en cours d'élaboration ; une mobilisation renforcée des ARS est mise en place par l'intermédiaire d'un indicateur au

sein des CPOM État/ARS ; une communication a été engagée dès le premier semestre auprès des gouvernances hospitalières (directeurs, présidents de CME) des CH et CHU pour activer cette priorité ministérielle. À moyen terme, un travail sur le développement de la formation, le recours à de nouvelles organisations (mutualisation du prélèvement, télémédecine, éducation thérapeutique…) doit être mené.

Comme le souligne le rapport, le développement des greffes issues de donneurs M3 et de donneurs vivants est un enjeu majeur pour l'avenir. À ce titre, la consolidation des parcours des donneurs est un facteur clé de succès. La prise en charge des donneurs vivants potentiels (sollicitation, accueil, et suivi de parcours médical, psychologique et social) est une activité qui incombe prioritairement aux services et consultations de néphrologie. L'intégration d'infirmières de pratiques avancées nous paraît de nature à faire progresser l'organisation des soins autour des patients : information, organisation du parcours et suivi des greffés, recrutement, accompagnement et suivi des donneurs vivants mais plusieurs années seront nécessaires pour rendre cette solution opérationnelle.

Je partage la recommandation 33, concernant la sécurisation des pratiques des équipes de transplantation et des données médicales des patients greffés.

La mise en œuvre du dispositif de biovigilance, l'établissement avec les professionnels d'indicateurs pertinents, analysés par des méthodes biostatistiques réactives (CUSUM), l'engagement avec les équipes de mesures de correction en cas d'alerte font l'objet d'un processus d'amélioration continue. Plusieurs équipes de transplantation ont sollicité l'aide de l'Agence sur la base de ces indicateurs.

De même l'utilisation de score d'attribution de greffons, avec la double préoccupation de l'équité de répartition et de l'efficacité optimale de chaque greffe fait l'objet d'évaluation continue et d'adaptation, selon un processus transparent et institutionnel (groupes de travail, conseil médical et scientifique, conseil d'orientation).

Concernant les données du registre CRISTAL, elles sont auditées selon les bonnes pratiques du data management, et la qualité de ce registre est reconnue à l'international. Pour les données décisionnelles, les taux de complétude observés pour l'attribution des greffons sont proches de 100 % ; des alertes automatiques ont été mises en place indiquant les défauts de remplissage pour les données majeures (déterminants des scores) et la nécessité d'y remédier. Je partage pleinement la recommandation d'améliorer les taux de complétude et de renseignement adéquat pour l'ensemble des données, y compris celles utilisées à visée

épidémiologique et descriptive. À ce titre, plusieurs démarches sont engagées pour soutenir et encadrer les équipes de recherche hospitalière : transmission annuelle aux directeurs d'établissement et chefs de service de l'évaluation de complétude de leurs données, commentaire et rappel aux obligations, amélioration de l'ergonomie lors de la refonte de l'application CRISTAL et de son interface avec Diadem ; nous serons en mesure, à terme, de croiser les données de CRISTAL avec celles du SNDS, des dossiers médicaux et de laboratoires afin d'en améliorer la qualité.

La recommandation 34 concernant la définition de seuils minimums d'activité par site géographique *se discute en termes d'impact du volume d'activité sur les résultats et en termes d'efficience médico-économique.*

- *La définition de seuil d'activité minimum est d'une pertinence très différente selon le type d'organe transplanté et le maillage territorial requis.*
- *L'activité des centres français varie de façon non négligeable dans le temps.*
- *La qualité et la sécurité de la prise en charge que nous suivons selon des indicateurs précis sont nos objectifs prioritaires ; les alertes que nous enregistrons conduisent à des propositions correctives, si nécessaire en temps réel, ce quel que soit le volume d'activité du centre ; nous avons mené ce type d'action à plusieurs reprises auprès d'équipes à haut niveau d'activité.*
- *La notion de seuil minimum peut engendrer des effets d'incitation à l'activité ; il peut être pertinent d'y associer celle de seuil maximum en fonction des moyens alloués ou de l'organisation mise en place, observées au cours d'un audit de fonctionnement sur place, en particulier pour les équipes à faible activité.*

Comme indiqué par la Cour, l'organisation territoriale dans le domaine du recours à la transplantation s'inscrit pleinement dans le chantier de la réforme des autorisations lancé par la DGOS ; le niveau d'activité ne peut pas être le seul élément de décision. La réflexion devra y être conduite, pour chaque filière de transplantation, selon le bassin de population et l'épidémiologie régionale, la démonstration d'une organisation pluri professionnelle de qualité et d'un niveau d'expertise, d'une animation de son réseau, du rôle structurant de la greffe pour disposer d'une offre de soins complète en matière de défaillance viscérale et d'une cohérence avec les objectifs des Plans greffe ministériels.

La continuité de la prise en charge requiert indiscutablement un niveau élevé de moyens (séniorisation de la prise en charge, gardes nocturnes, formation des spécialistes, accès au bloc opératoire, optimisation des moyens techniques lourds – robots machines de perfusions). Une mutualisation des équipes de prélèvements (travail en cours avec la DGOS, devant mener à des expérimentations dans plusieurs régions) et des collaborations inter équipes sont également des approches cruciales pour soutenir l'activité et l'accès global à la greffe par région. Les renforcements de l'évaluation et des conditions d'autorisation seront des mesures incitatives à une telle coopération.

Je partage la recommandation 35 concernant la rationalisation de l'implantation des laboratoires spécialisés pour la greffe, *et plus spécifiquement celle, dans les laboratoires d'immunologie, l'activité d'identification de compatibilité HLA, dans les situations différentes décrites par la Cour, des greffes de cellules souches hématopoïétiques et des greffes d'organes. Un travail conjoint DGOS-Agence de la biomédecine sur ce thème a débuté, et s'appuiera sur les recommandations de diagnostic et de suivi, établies par les professionnels et sur un audit des coûts.*

2. Concernant le chapitre relatif à l'assistance médicale à la procréation.

Dans sa recommandation n° 36*, la Cour juge nécessaire d'analyser l'intérêt de l'insémination artificielle dans le traitement de l'infertilité et invite à conduire une évaluation médico-économique relative aux nombre de tentatives en vue le cas échéant de faire évoluer les modalités de prises en charge par l'assurance maladie. La Cour formule cette recommandation en s'appuyant sur deux constats : « les très faibles chances de cette technique au-delà de la quatrième tentative » et « la persistance d'une forte activité d'insémination artificielle ».*

L'Agence est évidemment favorable à toute démarche visant à évaluer les différentes stratégies d'AMP en lien avec les autorités compétences pour l'évaluation des actes professionnels et en s'appuyant sur les recommandations des professionnels concernant l'utilisation de cette technique remarquablement peu invasive.

Il convient toutefois de souligner qu'actuellement, nous ne disposons pas de données détaillées sur l'utilisation des inséminations en France, comme la fréquence et le résultat des tentatives de rang élevé et sur leurs indications. À terme, cette évaluation pourrait être réalisée à la fois à partir des données du SNDS et du registre des inséminations qui se met en place actuellement à l'Agence (50 % des laboratoires

d'insémination ont adressé début 2019 leur activité 2017). Il est espéré pouvoir disposer d'une vision complète de l'activité nationale en 2020 pour l'activité 2018.

Il est donc prématuré de vouloir porter un jugement sur la pertinence des 5ème et 6ème tentatives. Il est en tout cas d'usage que la poursuite des inséminations au-delà de la 4ème tentative soit appréciée au cas par cas pour tenir compte de l'ensemble du dossier du couple concerné et notamment d'une éventuelle fausse-couche dans les cycles antérieurs d'insémination.

Ces données pourraient le cas échéant être mobilisées pour la conduite par les autorités compétentes d'une étude médico-économique, dans un cadre à définir et ne relevant pas en propre de l'Agence.

***Dans la recommandation 37**, la Cour préconise d'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'AMP et de taux de grossesses multiples.*

Nous partageons la conviction qu'il convient d'informer pleinement les patients ce qui suppose à la fois une large diffusion de l'information mais aussi une justesse tant des données que de leur interprétation pour éviter de prendre le risque d'induire les patients en erreur alors que leur situation personnelle est déjà difficile. C'est non seulement un enjeu éthique mais aussi un gage de confiance dans le système d'AMP dans son ensemble.

Le dispositif d'évaluation fondé sur la méthode des funnel plots a été conçu pour aider les centres à évaluer leur activité, repérer le plus en amont possible les écarts à la moyenne, ainsi analyser la situation et le cas échéant mettre en œuvre les mesures correctrices. La Cour en souligne à juste titre la difficulté de lecture, traduisant la complexité de l'analyse et justifiant également une grande délicatesse dans son interprétation et sa diffusion. Les résultats, communiqués aux centres, sont publiés sur le site de l'Agence dans l'espace « professionnel », accessible à tous et notamment aux ARS qui sont en charge des autorisations et des inspections de ces centres.

Il ne serait scientifiquement pas exact d'établir sur la base de cette méthode des indicateurs de performance voire une classification des centres (prenant en charge des cohortes de couples très différentes) qui serait susceptible de dénaturer un dispositif d'évaluation voulu par le législateur (V. le 4° de l'article L. 1418-1 du CSP) et auquel adhèrent les professionnels ainsi que de fragiliser leur activité.

Ainsi, l'Agence travaille, comme dans ses autres thématiques, à une information plus pertinente pour les couples (en avertissant des limites) ; cette démarche pédagogique est incontournable pour accompagner l'accès légitime aux données de santé.

Parmi les points soulignés par le rapport, mais ne faisant pas l'objet de recommandations :

Concernant les programmes de recherche sur la thématique de l'AMP : l'Agence de la biomédecine s'y implique fortement en y consacrant un Appel d'Offres Recherche annuel très compétitif qui a une excellente visibilité au sein des instituts de recherche ; cette source de financement est un vecteur d'innovation pour les équipes, dans une thématique considérée comme une « niche ».

Le décalage de plusieurs années entre l'adoption des techniques dans de nombreux pays et leur autorisation en France ne reflète pas nécessairement une faible réactivité du dispositif français comme le suggère la Cour mais plutôt le reflet d'une exigence éthique, à l'abri de considérations purement économiques, et le soin apporté à l'évaluation de l'efficacité et de la sécurité des techniques avant de les permettre en routine, dans l'intérêt même des personnes concernées ; le paragraphe concernant la diffusion de nouveaux procédés aborde des sujets d'autorisation (vitrification) mais aussi des sujets de recherche (dépistage des anomalies chromosomiques) dans les approches non validées ; sur ce dernier point, les équipes françaises ont déposé des projets coopératifs d'analyse de l'impact du diagnostic des aneuploïdies (particulièrement un PHRC) sur les chances d'obtention de naissance d'un enfant vivant et du ratio risque/bénéfice de la procédure.