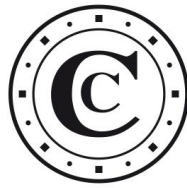


Cour des comptes



LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

Octobre 2020

Sommaire

Procédures et méthodes	9
Délibéré	13
Synthèse	15
Récapitulatif des recommandations	31
Première partie Une nouvelle trajectoire de retour à l'équilibre à construire	37
Chapitre I Les perspectives financières de la sécurité sociale à partir de 2020 : une dégradation majeure, un endettement à contenir	39
I - Un déficit sans précédent en 2020.....	42
A - Après une année 2019 proche de l'équilibre, une hausse considérable du déficit attendue en 2020.....	42
B - La chute des recettes.....	45
C - Une accélération des dépenses concentrée sur celles relevant de l'Ondam	54
II - Une extinction de la dette sociale reportée de 2024 à 2033 par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie	59
A - Une forte remontée de la dette sociale à fin 2020.....	59
B - Un accroissement des besoins d'emprunt de l'Acosse qui a précipité le transfert de 136 Md€ de dettes à la Cades.....	61
C - Une reprise de dette permise par un report de 2024 à 2033 du terme de la Cades.....	64
III - La nécessité d'une action plus résolue de maîtrise des dépenses à moyen terme afin de prévenir la constitution de nouvelles dettes	65
A - Des dépenses supplémentaires au-delà des effets directs de la crise sanitaire	66
B - Une ampleur incertaine des pertes pérennes de recettes par rapport à l'avant-crise	69
C - Agir sur les dépenses afin de prévenir la poursuite de l'accumulation de la dette sociale.....	73
Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial de la sécurité sociale pour l'exercice 2019.....	79
I - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre pour l'exercice 2019	82
A - Les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2019.....	83
B - Avis de la Cour	86
C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour	88

II - Avis de la Cour sur la cohérence du tableau patrimonial au 31 décembre 2019	95
A - Le tableau patrimonial au 31 décembre 2019	95
B - Avis de la Cour	98
C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour	102

**Chapitre II Les dépenses d'assurance maladie entre 2010
et 2019 : des progrès dans la maîtrise globale des dépenses,
des réformes à intensifier107**

I - La régulation des dépenses de santé par l'Ondam, des acquis à préserver.....	110
A - Un objectif mieux respecté	110
B - Des niveaux de dépenses et de prise en charge élevés	116
II - Une régulation annuelle perfectible dans son élaboration et sa mise en œuvre	119
A - Des améliorations techniques possibles.....	119
B - Une régulation variable selon les secteurs	124
III - Une articulation nécessaire entre régulation financière et réformes structurelles	128
A - Une régulation annuelle indispensable, mais qui n'est pas suffisante.....	128
B - Des démarches de recherche d'efficacité et de qualité à intensifier	131

**Chapitre III L'évolution des dépenses de prestations familiales
et d'assurance retraite : des réformes et des effets importants
pour les assurés137**

I - Les prestations familiales : des dépenses stabilisées, une redistribution accrue.....	140
A - Une stabilisation des dépenses résultant du ralentissement de la natalité et d'une indexation partielle sur l'inflation.....	140
B - Une baisse des prestations liées à la petite enfance et un effort en faveur des familles les moins aisées.....	144
II - Les réformes des retraites depuis 1993 : un frein à la hausse des dépenses, des efforts inégalement répartis.....	150
A - Une progression des dépenses freinée par les réformes successives.....	150
B - Des efforts plus importants pour les jeunes générations et certaines catégories d'assurés	163

Deuxième partie Approfondir les politiques engagées pour rendre le système de santé plus efficace.....173
--

**Chapitre IV Les groupements hospitaliers de territoire : un bilan
en demi-teinte, une réforme à poursuivre175**

I - Un bilan en demi-teinte	178
A - Des inégalités d'accès aux soins qui persistent.....	178
B - Un faible niveau d'intégration des établissements au sein des GHT	184
C - Un impact faible des GHT sur l'offre et la consommation de soins	187

II - Mener à son terme la réforme des GHT	189
A - Réviser le mode de suivi et de gouvernance des GHT	189
B - Au sein de GHT plus homogènes, garantir la prise en compte des besoins de proximité	193

Chapitre V Les financements par dotation aux établissements de santé (Migac et Fir) : une simplification nécessaire197

I - Un système de financement devenu illisible	200
A - Une distinction peu claire entre les Migac et le Fir	200
B - Une gestion des dotations devenue très complexe	204
C - Des dotations inégalement réparties	206
II - Une simplification nécessaire, une déconcentration souhaitable	211
A - Simplifier les dispositifs	211
B - Renforcer le contrôle de l'utilisation des dotations Migac et Fir	213
C - Améliorer la transparence des financements.....	216

Chapitre VI La régulation des dépenses de dispositifs médicaux : des actions de maîtrise à accentuer.....219

I - Une dépense toujours dynamique, en particulier en soins de ville	222
A - Une dépense publique de près de 15 Md€	222
B - Une croissance plus lente depuis 2016, mais qui reste supérieure à celle de l'Ondam.....	224
C - Une dépense alimentée par des facteurs structurels de long terme	225
II - Une régulation accrue mais toujours insuffisamment efficace.....	228
A - Un comité économique des produits de santé insuffisamment armé pour remplir efficacement ses missions.....	228
B - Une gestion insuffisamment dynamique des conditions d'accès au remboursement.....	232
C - Une régulation financière à relancer et à réorienter	236
III - Une stratégie à concevoir de façon pluriannuelle et à orienter vers la pertinence	239
A - Un climat conventionnel dégradé, faute de programmation pluriannuelle de la dépense.....	239
B - Vers une meilleure prise en compte de l'efficacité et de la pertinence dans le mécanisme de tarification	242
C - Une « gestion du risque » à mieux cibler vers les prescriptions atypiques.....	244

Troisième partie Mieux cibler certaines prestations de solidarité249

Chapitre VII Les minima de pension de retraite : un système complexe à la logique devenue incertaine251

I - Minima de pension et minimum vieillesse, une articulation à améliorer	254
A - Des objectifs complémentaires	254
B - Une évolution de fait de la cible des minima de pension	257

II - Des simplifications à conduire dans l'intérêt des bénéficiaires.....	263
A - Une complexité à réduire.....	263
B - Une qualité de gestion à garantir sans délais aux personnes éligibles aux minima de pension	267

**Chapitre VIII L'action sociale de la branche famille :
des dépenses importantes, un impact à améliorer271**

I - Des dépenses en forte hausse, une gestion de plus en plus centralisée	274
A - La priorité donnée à l'accueil des jeunes enfants	275
B - Une réorientation des autres interventions à poursuivre	276
C - Un pilotage renforcé mais des progrès de gestion à poursuivre	278
II - Des aides aux familles à mieux orienter.....	282
A - Des résultats insuffisants	282
B - Des dépenses en faveur de l'accueil des jeunes enfants à mieux orienter.....	287
C - Une implication dans le champ éducatif à réexaminer.....	291

Quatrième partie Faire progresser la qualité et l'efficacité de la gestion295
--

**Chapitre IX Le versement à bon droit des prestations sociales :
des erreurs trop fréquentes, des progrès indispensables297**

I - Les erreurs affectant les prestations sociales : un phénomène d'ampleur importante et sous-évalué	300
A - Un enjeu pour les finances publiques et la qualité du service rendu aux bénéficiaires des prestations.....	300
B - Des chiffrages incomplets et à fiabiliser	305
II - Des progrès à concrétiser	309
A - Des objectifs de versement à bon droit loin d'être atteints	311
B - Mettre à niveau les processus de gestion	313
C - Renforcer les contrôles	316

**Chapitre X L'organisation territoriale des réseaux de caisses
de sécurité sociale du régime général : des évolutions nécessaires.....323**

I - Derrière la stabilité de l'organisation générale des caisses, des mutualisations croissantes d'activités.....	327
A - Un cadre territorial revendiqué, mais aussi subi	328
B - Les mutualisations, compromis entre l'évolution de la charge d'activité et la stabilité des structures	333
C - Des clarifications nécessaires	337
II - Des besoins de rééquilibrage au sein de réseaux hétérogènes.....	339
A - Plus d'une caisse sur deux de petite taille.....	339
B - Des performances inégales	343
C - Des organisations particulières inadaptées.....	344

III - Déployer une nouvelle organisation de la production dans le cadre national	347
A - Rééquilibrer plus fortement la charge d'activité et consolider les métiers et les expertises	348
B - Regrouper les organismes locaux	350
C - Des rapprochements entre branches à amplifier	353
Chapitre XI Le réseau des Urssaf : un élargissement continu des missions, de nombreux chantiers inaboutis	357
I - Une place de plus en plus centrale dans la collecte des prélèvements sociaux	360
A - Un rôle déterminant dans le financement de la protection sociale	360
B - De nombreuses extensions du périmètre de collecte à réussir d'ici 2023	362
C - Des rapprochements à amplifier avec la sphère fiscale	367
II - Des gains d'efficacité à mobiliser dans le cadre de l'organisation actuelle de la collecte	368
A - Des restes à recouvrer globalement maîtrisés avant la crise sanitaire	368
B - Des outils informatiques à perfectionner et à fiabiliser	371
C - Une rationalisation à poursuivre de l'organisation et des moyens	373
III - Mieux accompagner les cotisants et lutter plus efficacement contre la fraude	377
A - Exploiter les données individuelles de la DSN pour fiabiliser en temps réel les déclarations	378
B - Poursuivre la simplification des déclarations	380
C - Améliorer l'information et la réponse aux cotisants	381
D - Lutter plus efficacement contre le travail dissimulé	383
Liste des abréviations	389
Réponses des administrations et organismes concernés	395

Procédures et méthodes

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

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

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

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

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

**

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

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

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

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

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

*
**

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

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

Le projet de rapport a été délibéré par la sixième chambre de la Cour les 16, 17, 18 et 25 mars, 17 avril, 5, 25, 26 et 29 mai, 2, 12, 16, 22, 23, 24 et 26 juin, 8 juillet 2020.

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

- en tant que contre-rapporteurs, par MM. Diricq, de la Guéronnière, Viola et Brunner, Mme Latare, conseillers maîtres, et M. Guégano, conseiller maître en service extraordinaire ;

- en tant que rapporteurs, par Mme Bouzanne des Mazery, MM. Appia et Houdebine, conseillers maîtres, M. Guéné, conseiller maître en service extraordinaire, MM. Gatineau et Boisnaud, Mmes Assous et Prévost-Mouttalib, conseillères référendaires, M. Imberti, auditeur, MM. Kersauze, Le Bras, Samyn, Chevrier, Parneix, Charrier, Saint-Martin, Mmes Crémault et Munforte, rapporteuses, avec le concours de Mme Chabbert, MM. Dardigna et Bellosta, experts de certification, Mmes Apparitio et Pajevic, MM. Geraci et Charre, vérificateurs.

Le projet de rapport a été examiné et approuvé, les 9 et 23 juin et les 2, 7 et 22 juillet 2020, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, Mme Moati, M. Morin, Mme Pappalardo, rapporteure générale du comité, MM. Andréani et Terrien, Mme Podeur, M. Charpy, présidents de chambre, et Mme Hirsch de Kersauson, Procureure générale, entendue en ses avis.

**

Les rapports publics de la Cour des comptes 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 2020* (RALFSS).

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

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

Ont participé au délibéré : M. Moscovici, Premier président, MM. Morin, Andréani, Terrien, Charpy, Gautier, Mme Pappalardo, présidents de chambre, MM. Perrot, Barbé, Bertucci, Tournier, Mme Darragon, MM. Courtois, Diricq, Lefebvre, Ténier, Lair, Mme Trupin, MM. de Gaulle, Guibert, Guaino, Mme Carrère-Gée, MM. Guédon, Thornary, Mousson, Guérault, Mmes Bouygard, Vergnet, MM. Feller, Viola, Le Mer, Rousselot, Laboureix, Glimet, de Nicolay, Mmes Latere, Dardayrol, MM. Rabaté, de la Guéronnière, Brunner, Berthomier, Potton, Valleraud, Miller, Saudubray, Rolland, Cabourdin, Mme Dujols, M. Chatelain, Mmes Bouzanne des Mazery, Soussia, MM. Basset, Fulachier, Soubeyran, Mmes Coudurier, Faugère, MM. Belluteau, Appia, Mme Fontaine, MM. Strassel, Homé, Drouet, Dubois, Chailland, Mmes Toraille, Latourmarie-Willems, MM. Kruger, Giannesini, Mmes Hamayon, Riou-Canals, MM. Levionnois, de Puylaroque, Duboscq, Oseredczuk, Feltesse, Sciacaluga, Mme Lemmet-Severino, MM. Carcagno, Sitbon, Boullanger, Michelet, Colin de Verdière, Champomier, Houdebine, Bonnaud, Bichot, Mme Delétang, MM. Savy, Thomas, conseillers maîtres, MM. Guégano, Guéné, Mme Prost, MM. Carnot, Baert, Pelé, Autran, Saint-Paul, 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 de la préparation du rapport ;
- en son rapport, Mme Pappalardo, rapporteure générale, rapporteure du projet devant la chambre du conseil, assistée de M. Seiller, 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 Mme Camby, première avocate générale, et de M. Guérin, avocat général.

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

Fait à la Cour, le 2 octobre 2020.

Synthèse

En 2020, la crise sanitaire liée à l'épidémie de covid-19 a suscité une chute inédite des recettes du régime général de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (FSV), principale composante de la sécurité sociale (-27,3 Md€ dans la prévision pour 2020 du projet de loi de financement de la sécurité sociale – PLFSS – pour 2021 par rapport à celle de la loi de financement pour 2020, adoptée fin 2019). Elle a également suscité une accélération des dépenses, essentiellement d'assurance maladie (+10,1 Md€ supplémentaires par rapport à l'objectif national d'assurance maladie voté fin 2019).

Dans ces conditions, **le déficit du régime général de sécurité sociale et du FSV atteindrait en 2020 un niveau sans précédent de 44,4 Md€** (dans la prévision du PLFSS 2021), plus d'une fois et demie supérieur à celui enregistré pour 2010 à la suite de la crise financière (28 Md€). Le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV s'élèverait quant à lui à 46,1 Md€ (29,6 Md€ en 2010).

En 2021, le déficit du régime général et du FSV atteindrait 27,1 Md€ (26,4 Md€ pour l'ensemble des régimes et le FSV). Au cours des trois années suivantes, il ne se réduirait que lentement, pour atteindre encore près de 20 Md€ en 2024. Compte tenu de la permanence de déficits massifs, de nouveaux transferts de dette à la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) devraient être organisés, au-delà de celui de 136 Md€ adopté dès le mois d'août par le Parlement, avec pour conséquence possible un nouveau report de l'extinction de la dette, aujourd'hui prévue pour 2033 à la suite de reports successifs.

Plus encore que durant la décennie écoulée, qui, après les déficits très élevés consécutifs à la crise financière de 2008, a connu un lent redressement des finances sociales, interrompu en 2019, les prochaines années seront marquées par la nécessité de replacer la sécurité sociale sur la voie du désendettement et d'un retour durable à l'équilibre financier.

C'est dans cette perspective que ce rapport s'attache successivement¹ :

¹ À l'exception du chapitre I, les différents chapitres se fondent sur des travaux d'instruction antérieurs à la survenance de la crise sanitaire, dont les conséquences ne sont donc pas analysées à travers le présent rapport.

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

**

Une nouvelle trajectoire de retour à l'équilibre à construire (partie I)

Dès avant la crise sanitaire, la longue séquence de retour à l'équilibre des comptes sociaux à partir de 2011 avait connu une interruption. En 2019, à la suite des mesures d'urgence économiques et sociales de fin 2018, le régime général et le FSV ont enregistré un déficit (1,9 Md€), alors que la loi de financement pour 2019 prévoyait un retour à l'équilibre².

Compte tenu de la chute des recettes (-27,3 Md€) et des dépenses supplémentaires d'assurance maladie suscitées par la crise sanitaire (soit +10,1 Md€ en net dans le champ de l'Ondam) par rapport aux prévisions de la loi de financement annuelle, le déficit du régime général et du FSV atteindrait en 2020 un niveau inédit de 44,4 Md€ (soit 2 % du PIB). Auparavant, le déficit le plus élevé (28 Md€ ou 1,4 % du PIB) avait été enregistré en 2010.

Si les recettes du régime général et du FSV connaîtraient un fort rebond en 2021 (+8,7 % par rapport à 2020), venant les placer à un niveau sensiblement plus élevé que celles de 2019, l'année 2021 devrait être marquée par une forte hausse des dépenses (+3,7 %, après +5,5 % en 2020 et +2,2 % en 2019), tirée par celles d'assurance maladie.

² Cour des comptes, *Les résultats de la sécurité sociale en 2019 : l'interruption d'une longue séquence de retour à l'équilibre*, juin 2019, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

En 2021, les dépenses relevant de l'Ondam dépasseraient en effet de 14 Md€ (à périmètre constant) celles qui auraient résulté de la trajectoire de dépenses prévue par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020. Près de 10 Md€ de ces dépenses supplémentaires ne sont pas causées par l'épidémie de covid-19 et correspondent notamment à des revalorisations salariales des personnels des hôpitaux publics et des établissements médico-sociaux (« Ségur de la santé ») et à des concours aux investissements de ces derniers.

Or, si les dépenses supplémentaires d'assurance maladie engagées par le projet de loi de financement pour les années 2021 et suivantes ont un caractère certain, les prévisions de recettes des années 2020 et suivantes sont, elles, affectées de fortes incertitudes portant sur le niveau de la perte d'activité suscitée par la crise sanitaire. Dans l'éventualité où ce niveau serait plus élevé que celui pris pour hypothèse par le Gouvernement, les prévisions de soldes de la trajectoire pluriannuelle annexée au projet de loi de financement pour 2021 seraient encore plus dégradées.

La perspective de déficits massifs et engendrant de nouvelles dettes au-delà de celles dont la reprise par la Cades est organisée

Selon la trajectoire pluriannuelle annexée au projet de loi de financement pour 2021, les déficits du régime général et le FSV ne se réduiraient que lentement à partir de 2022 et conserveraient un caractère massif, à peine inférieur à 20 Md€ en 2024.

Les lois organique et ordinaire du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie ont transféré à la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) un montant sans précédent de dettes (136 Md€) et reporté de 2024 à 2033 l'extinction de la dette sociale. Ce transfert couvre non seulement des déficits portés par l'Acoss à fin 2019 (soit 31 Md€), mais aussi le montant estimé des déficits des branches maladie, famille et vieillesse et du FSV³ pour les années 2020 à 2023 (dans la limite de 92 Md€), ainsi que la couverture d'une partie des échéances d'emprunts contractés avant 2020 par les établissements de santé publics et privés non lucratifs (dans la limite de 13 Md€).

Or, au regard des prévisions du projet de loi de financement pour 2021, le montant agrégé des déficits des branches maladie, famille et vieillesse et du FSV pour les années 2020 à 2024 excéderait d'au moins 50 Md€ le montant estimatif de déficit pris en compte par la loi du 7 août 2020. L'amortissement de cette dette supplémentaire par la Cades serait alors à organiser. Au regard de la trajectoire pluriannuelle soumise à

³ Ainsi que du régime de retraite des exploitants agricoles.

l'approbation du Parlement dans le projet de loi de financement pour 2021, l'extinction de la dette sociale serait reportée au-delà de 2033, dans l'hypothèse où de nouvelles recettes ne seraient pas affectées à la Cades.

*Une trajectoire de désendettement à reprendre
par une maîtrise renforcée des dépenses*

La sécurité sociale a pour objet de couvrir la population contre la plupart des risques sociaux⁴. Comme tout mécanisme d'assurance et selon des principes de saine gestion, elle ne devrait pas durablement faire appel à l'endettement pour compléter ses recettes courantes afin de financer ses dépenses de prestations, en reportant sur les générations suivantes une partie des charges correspondantes.

Pour cette raison, les pouvoirs publics ont, depuis la création de la Cades en 1996, régulièrement confirmé l'objectif d'une extinction complète de la dette sociale en affectant à cet organisme des ressources croissantes pour le réaliser. Néanmoins, l'extinction de la dette sociale a été reportée à plusieurs reprises (à l'origine, elle devait intervenir en 2001).

Enrayer la progression de la dette sociale nécessite de réduire plus fortement le déficit de la sécurité sociale que ne le prévoit la trajectoire soumise à l'approbation du Parlement dans le projet de loi de financement pour 2021.

Durant la dernière décennie, l'affectation de recettes nouvelles à la sécurité sociale a joué un rôle déterminant dans le retour progressif de cette dernière vers l'équilibre. La Cour a ainsi calculé que les régimes de sécurité sociale et le FSV avaient bénéficié entre 2011 et 2016 de 27 Md€ de recettes nouvelles nettes⁵, montant par la suite réduit de 6 Md€ entre 2017 et 2019. Or, une hausse des prélèvements obligatoires risquerait d'affecter la reprise économique et le Gouvernement a indiqué sa volonté de ne pas y procéder. En outre, le niveau du déficit du budget de l'État (plus de 150 Md€ prévus pour 2021) ne permet pas d'envisager de nouveaux transferts de recettes de ce dernier à la sécurité sociale.

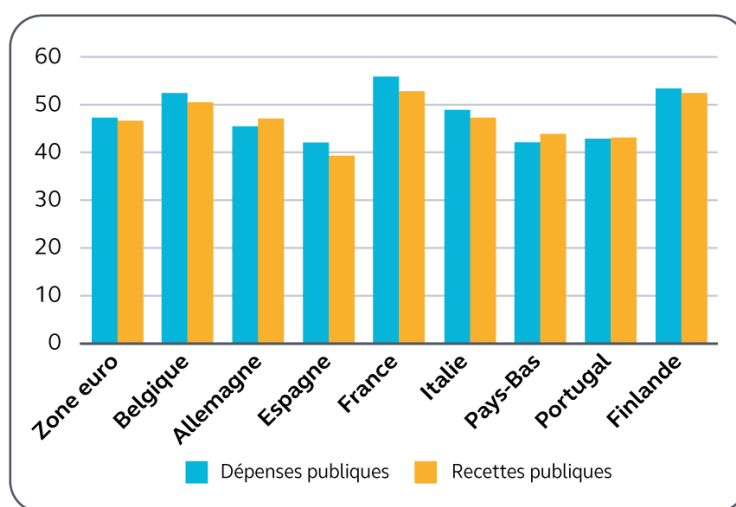
Tant la situation économique résultant de la crise sanitaire que les niveaux, en France très élevés, des dépenses publiques, des prélèvements fiscaux et sociaux et de la dette publique par comparaison à nos partenaires

⁴ En dehors de l'assurance chômage, de la pauvreté pour les personnes d'âge actif et, avant la loi du 7 août relative à la dette sociale et à l'autonomie, de la perte d'autonomie.

⁵ Cour des comptes, « Le pilotage de la trajectoire financière de la sécurité sociale : créer les conditions d'un équilibre durable », in *La Sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2017, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

européens appellent un effort renforcé de maîtrise des dépenses de sécurité sociale, qui représentent près de 40 % des dépenses publiques, dans le cadre d'une trajectoire pluriannuelle de dépenses à redéfinir.

Graphique n° 1 : dépenses publiques et recettes publiques dans les pays de la zone euro en 2019 (en points de PIB)⁶



Source : Cour des comptes à partir de données Eurostat. De façon à présenter des données comparables, les dépenses incluent les crédits d'impôts.

Cet effort de maîtrise accrue des dépenses de sécurité sociale devrait avoir pour premier objectif de ramener le montant du déficit annuel du régime général et du FSV en deçà de la capacité annuelle d'amortissement de la Cades, afin d'enrayer l'augmentation de la dette sociale.

Il devrait viser une efficacité et une sélectivité accrues des dépenses, tout en veillant à préserver la qualité des soins et la couverture sociale des personnes vulnérables. Les concours financiers accordés par les pouvoirs publics au système de santé, au-delà des seuls besoins liés à la crise sanitaire proprement dite (soit 11 Md€ de dépenses supplémentaires en cumul en 2022 par rapport à 2019) justifierait qu'ils aient pour contrepartie des réorganisations de l'offre de soins.

⁶ Extrait de : Cour des comptes, *Rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques*, juin 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

*Tirer les enseignements d'une décennie de régulation des dépenses
de sécurité sociale*

Une forte inflexion des dépenses sociales n'est pas hors de portée, comme en témoigne le bilan de l'évolution des dépenses des trois principales branches de la sécurité sociale durant la décennie 2010-2019.

L'analyse rétrospective à laquelle s'est livrée la Cour souligne toutefois l'efficacité variable de la maîtrise des dépenses selon les risques ; plus nette pour la branche famille que pour la branche vieillesse, elle apparaît fragile pour la branche maladie.

Pour la branche maladie, les mesures ont relevé, non pas d'une action structurelle sur les fondements sous-jacents de la dépense de santé, mais d'une régulation essentiellement financière et de court terme portant uniquement, et de manière variable, sur les professionnels et les établissements délivrant les soins.

L'évolution des dépenses d'assurance maladie, à peine supérieure à celle du produit intérieur brut (PIB), a ainsi été soumise à une régulation financière annuelle serrée, qui n'a pas affecté le très haut niveau de prise en charge par la sécurité sociale des frais de soins de la population. Cette régulation n'a toutefois pas pesé de manière égale selon les secteurs de l'offre de soins. La Cour a également constaté que la mise en œuvre des outils de maîtrise financière n'est pas suffisamment relayée, dans une perspective de plus long terme, par l'exploitation des multiples gisements d'efficacité et de qualité que présente le système de santé et qu'elle met en évidence, année après année, à travers ses rapports. Des programmes pluriannuels devront être engagés pour approfondir la recherche de pertinence, de qualité et d'efficacité des soins délivrés à la population en agissant sur leurs conditions de production par les établissements ou professionnels de santé.

Pour la branche famille et la branche vieillesse en revanche, des mesures touchant directement les assurés, portant notamment sur les conditions d'accès aux prestations et leur montant, ont été mises en œuvre. Certaines ont eu des impacts, anticipés ou non, plus forts sur certaines catégories d'assurés, ce qui justifie l'analyse de leurs effets en termes d'équité.

Les prestations familiales légales (hors logement) versées par les caisses d'allocations familiales avaient augmenté, depuis le début des années 2000 et jusqu'en 2014, à un rythme annuel soutenu de +2,2 %. Elles ont été ensuite stabilisées en valeur à un niveau légèrement supérieur à 31 Md€. Cette évolution a été facilitée par le net ralentissement de la natalité depuis 2014 (en 2019, 66 000 naissances de moins ont été

enregistrées par rapport à 2014). Toutefois, elle résulte également de choix assumés, consistant notamment à réduire les prestations monétaires versées aux familles comprenant de jeunes enfants dont les revenus sont les plus élevés (- 800 M€ par an), et en créant, à l'inverse, de nouvelles aides pour les familles les plus démunies (+1,5 Md€ par an).

Les réformes successives des retraites intervenues depuis 1993 et, depuis la fin des années 80, l'indexation sur l'inflation, au lieu des salaires, des pensions et des éléments de revenus constitutifs des droits à la retraite, ont quasiment stabilisé les dépenses des régimes obligatoires rapportées au PIB à un niveau évalué, avant la crise économique consécutive à la crise sanitaire du printemps 2020, à environ 14 %. Sans ces réformes et l'indexation sur l'inflation, les dépenses de retraite rapportées au PIB seraient de plus de 19 % à l'horizon 2030. L'indexation sur l'inflation sans les réformes les aurait contenues à un niveau proche de 17 %. Parmi les leviers mis en jeu par les réformes, l'allongement de la durée d'assurance requise pour bénéficier du taux plein a un effet durable mais progressif, alors qu'à l'inverse le relèvement de l'âge légal de départ a un effet important à court terme qui décroît avec le temps. Les générations les plus jeunes et les personnes dont les revenus sont les plus bas semblent avoir contribué le plus aux efforts de maîtrise des dépenses.

**

Dans le présent rapport, la Cour émet, comme chaque année, de nouvelles recommandations visant à rendre plus efficaces certaines dépenses financées par l'assurance maladie, à augmenter l'impact pour les familles des dépenses d'action sociale des caisses d'allocations familiales et à mieux définir la place attendue des dispositifs des minima de pension versés par les régimes de retraite. Elle souligne également la nécessité pour les branches du régime général de poursuivre leurs efforts pour améliorer la qualité et l'efficacité de la gestion.

Approfondir les politiques engagées pour rendre le système de santé plus efficace : trois exemples (partie II)

La Cour avait noté en 2017⁷ que ce sont des réformes dans de multiples domaines qui permettront d'améliorer la pertinence, la qualité et la sécurité de la dépense de santé, tout en contribuant à sa maîtrise financière.

⁷ Cour des comptes, *L'avenir de l'assurance maladie*, rapport public thématique, novembre 2017, La documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Trois enquêtes illustrent à nouveau la nécessité de conduire des actions continues et méthodiques concernant un spectre large de domaines, en utilisant le maximum de leviers, organisationnels, financiers ou de gestion du risque. Conduites pour l'essentiel avant que se déclare l'épidémie de covid-19, elles procèdent à des bilans des politiques conduites dans des domaines différents :

- la dynamique de coopération entre hôpitaux publics ; cette enquête fait parallèlement l'objet d'une communication à la commission des affaires sociales du Sénat⁸ ;
- la gestion par le ministère de la santé et les agences régionales de santé de certaines enveloppes de financement ;
- la régulation des volumes et des prix des dispositifs médicaux, produits de santé dont le coût pour l'assurance maladie augmente à un rythme plus rapide que celui de l'ensemble des dépenses de santé, dynamique divergente comparable à celles des indemnités journalières pour maladie et des dépenses de transport de patients, analysées en 2019⁹.

Leurs conclusions montrent que les politiques conduites doivent être rendues plus efficaces, non seulement par des ajustements de nature juridique, en particulier de simplification, mais aussi par des clarifications du rôle des régulateurs et par un engagement plus net dans la mise en œuvre des réformes par l'ensemble des parties prenantes.

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

Depuis 2016, tout hôpital public doit être membre d'un groupement hospitalier de territoire (GHT), entité sans personnalité juridique constituée pour dix ans autour d'un projet médical partagé, dans laquelle l'un des hôpitaux, dit support, administre les fonctions mutualisées. Cette réforme poursuit un double objectif : améliorer l'accès de la population à des soins hospitaliers de qualité, gradués selon les besoins des patients, et rechercher une gestion plus économe par des mutualisations ou des transferts d'activité entre hôpitaux d'un même GHT. Ces objectifs sont proches de ceux poursuivis par l'organisation mise en œuvre depuis les années 90 en

⁸ Cour des comptes, *Les groupements hospitaliers de territoire*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, juillet 2020.

⁹ Cour des comptes, « Les indemnités journalières » et « Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médicosocial », in *La Sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2019, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Suède, décrite par la Cour en 2018¹⁰. L'analyse de 129 projets médicalisés partagés des GHT et la rencontre de près de 500 professionnels de santé, élus et usagers de 13 GHT différents, représentant 77 établissements de santé, ont permis de procéder à un bilan rigoureux de la réforme. Les constats sont nuancés et incitent à approfondir la démarche.

Ainsi, du fait de leur composition, un nombre significatif de GHT n'offrent pas certains types de prises en charge à la population, ou ne permettent pas d'éviter le manque de médecins de certaines spécialités médicales. Les logiques d'établissement l'emportent également encore souvent sur les démarches de mutualisation et de coopération entre établissements. Toutefois, dans d'autres cas, notamment lorsque les GHT ont mis en place une direction commune, des dynamiques efficaces sont à l'œuvre, aboutissant souvent à la fusion des établissements du groupement. Elles semblent avoir été efficaces durant la crise sanitaire.

*Redéfinir les rôles de l'administration centrale et des ARS
dans l'attribution des financements au système de santé*

Les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, sont financés pour l'essentiel en fonction de leur activité sur la base de tarifs au séjour. Néanmoins, des financements spécifiques ont vocation à compenser des charges spécifiques à travers des dotations dites de « Missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation » (Migac). Par ailleurs, les agences régionales de santé (ARS) disposent depuis 2012 de fonds d'intervention régionaux (Fir), destinés notamment à financer des actions de santé publique d'intérêt régional portées principalement par des établissements de santé, mais aussi par des professionnels de santé libéraux ou d'autres entités. Ces deux sources de financement représentent ensemble près de 11 Md€.

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

¹⁰ Cour des comptes, « Dix ans d'évolution des systèmes de soins et de prises en charge des dépenses de santé en Europe », in *La Sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

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

*Réguler plus activement les dépenses et les prescriptions
des dispositifs médicaux*

L'assurance maladie finance un vaste ensemble de produits et les services qui peuvent leur être associés (notamment pour les usages à domicile ou leur utilisation à l'hôpital). Allant du simple pansement au dispositif implantable de haute technologie, ils sont utilisés dans le traitement d'un nombre croissant de maladies. La dépense correspondante, évaluée à environ 15 Md€, progresse plus vite que l'ensemble des dépenses retracées dans l'Ondam, à un rythme qui, depuis quatre ans, reste élevé, autour de 4 %.

Les facteurs structurels, liés au vieillissement de la population, au développement des maladies chroniques et aux coûts élevés de certains traitements en raison d'innovations thérapeutiques, impriment une dynamique importante à la dépense. Cela rend nécessaire une régulation globale plus efficace, relayée par des actions visant à faire baisser le prix des dispositifs médicaux installés sur leur marché et à augmenter la pertinence de la prescription et de l'usage des dispositifs médicaux.

À cet effet, le comité économique des produits de santé (CEPS), instance interministérielle chargée de négocier les prix des dispositifs, doit pouvoir utiliser plus intensément la large palette d'instruments juridiques de régulation dont il est doté et qui a été renforcée ces dernières années. L'assurance maladie doit accentuer ses efforts pour maîtriser la progression de la dépense en volume, à travers des actions visant à améliorer la pertinence des prescriptions et des usages, ou à lutter contre les abus et fraudes. Pour être pleinement efficaces, les efforts demandés aux multiples parties prenantes du secteur (fabricants, distributeurs, prestataires de services, prescripteurs, etc.) gagneraient à s'inscrire dans un cadre pluriannuel.

Mieux cibler certaines prestations de solidarité (partie III)

La branche vieillesse et la branche famille du régime général consacrent, respectivement, 7 Md€ et environ 6 Md€ à des dispositifs peu ou mal connus, qui constituent des enjeux néanmoins importants pour les publics qui en bénéficient. Les dépenses d'action sociale des caisses d'allocations familiales ont augmenté fortement sur la dernière décennie, à l'inverse des dépenses de minima de pension, versés par les régimes de retraite à certains de leurs bénéficiaires, dont le poids a diminué dans le total des pensions versées.

Dans les deux cas, les travaux menés par la Cour montrent la nécessité d'une meilleure maîtrise des enjeux complexes de ces dispositifs par les pouvoirs publics et les opérateurs de gestion, afin d'accroître l'utilité de la dépense publique et de porter une attention plus importante aux besoins de certaines catégories de personnes.

Harmoniser, simplifier et mieux gérer les minima de pension

La plupart des régimes de retraite comportent des mécanismes de solidarité interne, dits de minima de pension, dont l'objectif est de porter à un montant minimum la pension servie à certains de leurs assurés, sous certaines conditions. Ils ont pour but d'intervenir en amont du filet de sécurité général constitué par l'allocation de solidarité pour les personnes âgées (Aspa), communément appelée « minimum vieillesse ». Celle-ci a vocation à être versée uniquement à titre subsidiaire, de manière différentielle. Les minima de pension, dont le minimum contributif du régime général (Mico), obéissent à des règles complexes, différentes d'un régime à l'autre, malgré une convergence progressive, comme la nécessité de remplir les conditions d'une retraite à taux plein (c'est-à-dire sans décote). Pour bénéficier du Mico, il faut aussi avoir liquidé ses droits dans tous ses anciens régimes d'affiliation, et la somme mensuelle totale des pensions de base et complémentaire, après prises en compte des différents minima servis par ces régimes, ne doit pas dépasser un seuil d'écurement légèrement inférieur au Smic net mensuel. Ils représentent une masse annuelle globale de plus de 8,7 Md€ en 2018 pour les différents régimes, dont 7,0 Md€ pour le minimum contributif.

La Cour constate que les minima de pension ont vu leur finalité se transformer et leur poids dans le total des pensions versées se réduire, en raison notamment de leur indexation sur l'inflation plutôt que sur l'évolution des salaires. Droit individuel acquis en contrepartie des cotisations payées pendant la carrière professionnelle et conçu historiquement pour augmenter la retraite de salariés ayant une carrière complète, le minimum contributif bénéficie principalement aujourd'hui à des personnes ayant des carrières à temps partiel ou incomplètes. Il ne garantit plus que la pension totale servie à un retraité ayant eu une carrière complète au Smic soit égale à 85 % du Smic, ce qui était l'objectif qui lui était fixé par la loi portant réforme des retraites du 21 août 2003. Les minima de pension ne garantissent pas non plus que le niveau des pensions servies dépasse, dans tous les cas, le minimum vieillesse.

Parmi ses autres constats, la Cour relève la complexité des dispositifs de minima. Leur interdépendance conduit à ce qu'en pratique, au 31 décembre 2018, en raison d'insuffisances de coordination entre régimes de retraite, près d'un demi-million de personnes ayant pris leur retraite et éligibles potentiellement au minimum contributif servi par le régime général, voient leurs dossiers rester durablement en suspens, situation susceptible de priver certaines d'entre elles, malgré des versements d'acomptes, d'une partie d'une ressource mensuelle qui est en moyenne d'environ 130 euros. Elle note enfin l'absence d'application par les régimes de retraite de la fonction publique de la règle d'écêtement, à laquelle ils sont pourtant soumis par la loi.

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

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

Au côté des prestations familiales, qui constituent des droits pour les allocataires de la branche famille, opposables et garantis par la législation, les caisses d'allocations familiales apportent un soutien financier et technique au développement de services et d'équipements destinés aux familles (crèches, centres de loisir, etc.). Les Caf complètent ainsi la participation des familles à hauteur de 66 % au moins du prix de revient horaire des établissements d'accueil des jeunes enfants, sous réserve que ces établissements appliquent le barème national des participations familiales, qui est fortement modulé selon les ressources des familles et qui varie selon le nombre d'enfants à charge.

En cohérence avec les réformes intervenues au sein des prestations familiales¹¹, l'augmentation des dépenses d'action sociale (+1,1 Md€ entre 2013 et 2018) a ainsi visé à faciliter l'accès des familles modestes aux modes de garde collectifs en vue de faciliter l'accès à l'emploi des mères d'enfants en bas âge.

Cependant, malgré des progrès notables de l'organisation et du pilotage de la gestion, qui doivent encore être consolidés dans la durée, la branche famille peine à trouver les leviers pour assurer plus d'efficacité à ses actions en faveur des familles. La branche n'a pu atteindre les objectifs fixés de création de places en crèche, en dépit de l'augmentation des financements, absorbés largement par la hausse des coûts de fonctionnement des structures d'accueil. Elle n'est pas non plus arrivée à

¹¹ Cf. chapitre III du présent rapport « L'évolution des dépenses de prestations familiales et d'assurance retraite : des réformes et des effets importants pour les assurés ».

corriger les inégalités territoriales, la part des créations de places dans les territoires les moins bien dotés restant insuffisante, faute notamment de mesure fine des besoins et d'instruments juridiques pour réguler localement les créations des divers types de structures d'accueil.

Ces constats illustrent aussi les limites de modes d'intervention qui font dépendre l'action des Caf des décisions de leurs partenaires locaux, notamment les collectivités territoriales. Pour autant, l'impact pour les familles les moins aisées des dépenses d'action sociale, à travers notamment l'abaissement des restes à charge des familles selon leur niveau de revenus, justifie que la branche famille et ses tutelles recherchent avec la rigueur nécessaire les améliorations indispensables à apporter à ces interventions, au vu de l'importance des financements publics mobilisés.

Faire progresser la qualité et l'efficacité de la gestion (partie IV)

Trois chapitres sont enfin consacrés à la gestion des organismes de sécurité sociale.

Réduire les erreurs affectant les prestations sociales

Le premier chapitre s'appuie sur les constats portés par la Cour dans le cadre de la certification des comptes produits par les caisses nationales du régime général de la sécurité sociale¹², qui montrent que des marges de progrès subsistent dans la gestion des organismes du régime général. En particulier, la conformité des prestations à la réglementation est entachée d'erreurs qui représentent globalement plus de 5 Md€, soit plus de 1 % des dépenses du régime général. Il s'agit de prestations versées pour des montants erronés, au préjudice des finances sociales ou bien de celui des assurés, ou qui, à tort, ne sont pas versées. La fréquence et les montants de ces erreurs sont en augmentation ces dernières années. Cette situation nécessite de la part des caisses du régime général un effort de maîtrise déterminé et rapide, passant par une plus grande dématérialisation des processus de gestion et un contrôle interne plus efficace. Les trois branches de prestations ne manifestent à cet égard pas le même niveau d'engagement dans ces domaines.

Deux enquêtes complémentaires sont consacrées respectivement au recouvrement des prélèvements sociaux par les Urssaf et à l'organisation territoriale des activités des branches servant les prestations. La modernisation des procédures de collecte des cotisations et contributions sociales et la réorganisation de certaines activités des branches de prestations apparaissent nécessaires.

¹² Cour des comptes, *Certification des comptes du régime général de la sécurité sociale – exercice 2019*, 19 mai 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Approfondir les réorganisations des branches de prestations pour améliorer la qualité de la gestion en maîtrisant les coûts

Les quatre branches du régime général, maladie, accidents du travail-maladie professionnelles (AT-MP), famille et vieillesse, dispensent les prestations à la population à travers trois réseaux, départementaux (maladie et famille) ou régional (vieillesse), comprenant au total 233 caisses dotées de la personnalité juridique, nombre quasi inchangé depuis 2014, et plus de 1 600 sites locaux, en diminution significative depuis cette même date (-423).

Les évolutions démographiques, divergentes selon les territoires, conduisent les branches à tenter d'adapter les charges d'activité entre les caisses, dont elles ne souhaitent pas réduire le nombre, dans un cadre fortement contraint par l'absence de mobilité géographique de leurs agents. La mutualisation des activités est la voie qu'elles ont privilégiée, de manière plus ou moins importante et organisée. La méthodologie rigoureuse mise en œuvre par la branche maladie pour organiser et piloter une partie des mutualisations est à souligner.

Ces solutions ne permettent cependant pas de donner une activité suffisante à un grand nombre de caisses de petite taille, qui absorbent de ce fait une part disproportionnée de ressources de fonctionnement, sans pouvoir maintenir localement les expertises nécessaires pour rendre un service de qualité homogène pour l'ensemble des prestations servies. À l'inverse, les plus grandes caisses ont souvent des difficultés à maîtriser leurs coûts et la qualité du service rendu, un optimum économique et de gestion semblant se situer dans les caisses ayant entre 700 et 900 agents.

Plutôt que des fusions de Caf et de CPAM dans certains départements, la Cour recommande que chaque réseau procède en son sein aux adaptations nécessaires. Cela conduirait, notamment, à accentuer la spécialisation de certaines caisses pour la gestion d'activités ne nécessitant pas un contact physique avec les usagers, et de revoir certains découpages territoriaux par des fusions à une échelle supra-départementale.

Afin de mieux prévenir la désinsertion professionnelle et d'amplifier les synergies entre les branches maladie et AT-MP, la Cour recommande également de rattacher aux CPAM les travailleurs sociaux et certaines fonctions de la branche AT-MP, qui sont actuellement des services des caisses d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat). La Cnam aura également à se réinterroger sur la pertinence du maintien du service médical de l'assurance maladie dans un réseau territorial disjoint et parallèle à celui des caisses primaires.

*Sécuriser l'extension du champ de compétence des Urssaf
et moderniser la gestion de la collecte des cotisations sociales*

Le réseau des Urssaf, qui collecte déjà 357 Md€ de prélèvements sociaux en 2019, doit devenir, d'ici 2023, le collecteur social quasi-exclusif, par des transferts d'un peu plus de 110 Md€ supplémentaires de collecte, dont près de 70 Md€ de cotisations de retraite complémentaire finançant l'Agirc-Arrco. Cette opération présente des risques opérationnels forts, qui imposent aux deux organismes et à leurs tutelles la plus grande vigilance pour éviter un nouvel échec, analogue au précédent fâcheux de l'interlocuteur social unique entre l'ancien régime social des indépendants (RSI) et les Urssaf.

Ces extensions de leur périmètre d'activité par des reprises de collecte tierces ne doivent en outre pas détourner les Urssaf des améliorations à apporter à la gestion de leur métier de base pour accroître sa performance. Ces opérations vont mobiliser fortement des équipes, qui peinent à faire aboutir un vaste programme, engagé depuis plus de dix ans, de rénovation des outils informatiques du recouvrement. Dans un contexte qui sera rendu plus difficile, du fait des conséquences économiques de la crise sanitaire, une priorité plus forte doit en effet être accordée à la modernisation des processus de gestion et de relation avec les cotisants.

En particulier, l'organisation du recouvrement doit tirer parti de la déclaration sociale nominative (DSN)¹³, pour alléger la charge des employeurs déclarants et celles des Urssaf et fiabiliser, le plus en amont possible, les données individuelles par salarié afin de garantir l'adéquation des montants de salaires déclarés au titre des prélèvements sociaux avec ceux qui ouvrent des droits aux prestations sociales.

La conduite de ces multiples évolutions, stratégiques pour son avenir, exigera une vigilance particulière de la part du deuxième grand réseau de collecte public français et de ses tutelles, compte tenu du rôle central qu'il joue pour financer au quotidien les besoins des branches qui servent les prestations de sécurité sociale aux assurés du régime général.

¹³ Cour des comptes, « La déclaration sociale nominative », in *La Sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Récapitulatif des recommandations

PREMIÈRE PARTIE

UNE NOUVELLE TRAJECTOIRE DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE À CONSTRUIRE

Chapitre I – Les perspectives financières de la sécurité sociale à partir de 2020 : une dégradation majeure, un endettement à contenir

Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial de la sécurité sociale pour l'exercice 2019

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

Chapitre II – Les dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019 : des progrès dans la maîtrise globale des dépenses, des réformes à intensifier

2. Accroître la robustesse des trajectoires tracées par l'annexe B de la loi de financement de la sécurité sociale en les adossant à une analyse des principales variables (épidémiologie, gains de productivité, innovation, évolution des comportements de consommation de soins, évolutions démographiques), ainsi qu'à la définition et à la programmation des actions à engager et à conduire pour en assurer le respect tout en préservant et améliorant la qualité des soins (*ministère chargé des affaires sociales*).

3. Améliorer la qualité et la rigueur des évaluations des gains d'efficience figurant à l'annexe 7 des lois de financement de la sécurité sociale et constatés au titre du dernier exercice clos (*ministère chargé des affaires sociales*).
4. Accroître la contribution des soins de ville à l'effort de régulation des dépenses de santé, en mettant en place un dispositif permettant de compenser un dépassement des objectifs (*ministère chargé des affaires sociales, Cnam*).

DEUXIÈME PARTIE

APPROFONDIR LES POLITIQUES ENGAGÉES POUR RENDRE LE SYSTÈME DE SANTÉ PLUS EFFICACE

Chapitre IV – Les groupements hospitaliers de territoire : un bilan en demi-teinte, une réforme à poursuivre

5. Réviser rapidement les périmètres des GHT de manière à ce que tous puissent constituer une offre publique cohérente et minimale (*ministère chargé de la santé, ARS*).
6. Mettre en place, à l'initiative des ARS et des communautés hospitalières, des directions communes renforcées et encourager, là où c'est possible, les établissements membres d'un GHT à fusionner pour constituer une personne morale unique (*ministère chargé de la santé*).
7. Afin de renforcer les liens de proximité au sein de chaque territoire, confier aux établissements de santé parties aux GHT, et notamment aux hôpitaux de proximité, la mise en œuvre de la stratégie du groupement au plus près des professionnels de santé, des élus et des besoins de la population (*ministère chargé de la santé, ARS*).
8. Renforcer le suivi de la réforme au niveau tant national que régional et piloter de manière plus opérationnelle le suivi des actions des groupements via un avenant aux conventions constitutives, fixant objectifs et indicateurs de résultat (*ministère chargé de la santé, ARS*).

Chapitre V – Les financements par dotation aux établissements de santé (Migac et Fir) : une simplification nécessaire

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

10. Pour le Fir, définir un référentiel de contrôle interne opposable pour s'assurer de l'efficience des actions financées (*ministère chargé de la sécurité sociale*).
11. Assurer un suivi global et par opération des dépenses de soutien à l'investissement (*ministère chargé de la sécurité sociale*).
12. S'assurer de la bonne affectation des crédits Migac destinés aux activités de soins et de leur visibilité pour les équipes médicales et soignantes concernées (*ministère chargé de la sécurité sociale*).

Chapitre VI – La régulation des dépenses de dispositifs médicaux : des actions de maîtrise à accentuer

13. Approfondir la connaissance par les pouvoirs publics du secteur, à travers notamment l'amélioration de l'exhaustivité des statistiques de consommation de dispositifs médicaux et de la dynamique de la dépense (*ministères chargés de la santé, de la sécurité sociale et de la cohésion sociale, Cnam, Atih*).
14. Établir une trajectoire pluriannuelle d'évolution des dépenses de dispositifs médicaux, déclinée à travers un plan de révision des nomenclatures et de réduction de la liste « en sus » articulés avec des objectifs de baisses tarifaires (*ministères chargés de la sécurité sociale et de la santé*).
15. Élaborer une stratégie pluriannuelle de structuration et de professionnalisation des achats de dispositifs médicaux assortie d'outils méthodologiques à destination des établissements de santé leur permettant d'obtenir des réductions de prix lors des négociations (*ministère chargé de la santé*).
16. Mobiliser l'ensemble des outils de gestion du risque, en les associant à des objectifs rehaussés d'économies dans les dépenses de dispositifs médicaux en ville et à l'hôpital (*Cnam*).

TROISIÈME PARTIE

MIEUX CIBLER CERTAINES PRESTATIONS DE SOLIDARITÉ

Chapitre VII – Les minima de pension de retraite : un système complexe à la logique devenue incertaine

17. Mettre en application les dispositions de la loi du 9 novembre 2010 soumettant le Miga à des conditions de subsidiarité et d'écêtement (*ministère chargé des retraites, ministère chargé des comptes publics*).
18. Harmoniser le traitement des différents minima de pension au regard de la surcote et de la réversion (*ministère chargé des retraites*).
19. Résorber le stock des dossiers en attente de calcul définitif du Mico (*ministère chargé des retraites*).
20. Améliorer l'information sur les dispositifs de minima en renforçant la communication pour les assurés ne liquidant pas leur pension à taux plein (*ministère chargé des retraites, ministère chargé des comptes publics, Cnav, CCMSA, Caisse des dépôts et consignations*).

Chapitre VIII – L'action sociale de la branche famille : des dépenses importantes, un impact à améliorer

21. Mesurer plus finement par territoire les besoins de garde des familles pour mieux orienter les financements (*Cnaf*).
22. Doter la Caf et la collectivité locale concernée d'un pouvoir d'autorisation pour l'installation de tout établissement d'accueil de jeunes enfants (*ministère chargé des affaires sociales*).
23. Engager un programme d'évaluation des différents dispositifs d'action sociale (*Cnaf*).
24. Réduire l'intervention de la branche famille dans les dispositifs d'accompagnement scolaire (*ministère chargé des affaires sociales, Cnaf*).

QUATRIÈME PARTIE

FAIRE PROGRESSER LA QUALITÉ ET L'EFFICIENCE DE LA GESTION

Chapitre X – L'organisation territoriale des réseaux des caisses de sécurité sociale du régime général : des évolutions nécessaires

25. Redéfinir les missions exercées par l'ensemble des caisses de sécurité sociale, en les spécialisant sur la gestion d'un nombre plus limité de processus, la mise en œuvre de partenariats locaux et la proposition d'évolutions des outils et procédures de gestion (*ministère chargé de la sécurité sociale et caisses nationales du régime général*).
26. Resserrer les réseaux de caisses locales en créant, notamment dans les territoires peu peuplés, des caisses interdépartementales par branche, ou exceptionnellement des caisses départementales interbranches, et redistribuer plus fortement les activités des caisses de grande taille dont la qualité de service est dégradée vers celles affichant des performances satisfaisantes (*ministère chargé de la sécurité sociale et caisses nationales du régime général*).
27. Mener à leur terme les transferts à d'autres caisses des processus de gestion propres à certains droits et prestations, en transférant également aux caisses délégataires le contrôle, le paiement et la comptabilisation des opérations qui s'y rapportent (*ministère chargé de la sécurité sociale et caisses nationales du régime général*).
28. Afin d'amplifier les synergies, rattacher le service social de l'assurance maladie à l'ensemble des CPAM et les services de tarification et de prévention des AT-MP à la CPAM du chef-lieu de région, ce qui conduira à faire des Carsat des caisses compétentes uniquement pour la retraite (*ministère chargé de la sécurité sociale, Cnam et Cnav*).
29. Fixer, à l'instar des conseils des CPAM, une liste limitative d'attributions pour les conseils d'administration des Caf, Carsat et CGSS et, pour l'ensemble des conseils, des listes limitatives de commissions (*ministère chargé de la sécurité sociale*).
30. Définir un socle obligatoire de coopérations interbranches nationales et locales, couvrant notamment les fonctions support, la mesure de la productivité et le déploiement d'outils communs de gestion de la relation client afin de promouvoir des parcours communs pour les assurés et allocataires (*ministère chargé de la sécurité sociale et caisses nationales du régime général*).

Chapitre XI Le réseau des Urssaf : un élargissement continu des missions, de nombreux chantiers inaboutis

31. Sécuriser l'organisation cible pour le transfert de la collecte des cotisations de retraite complémentaire des salariés aux Urssaf, tout en préservant le recalcul des cotisations par salarié (*ministère chargé de la sécurité sociale, Acoss, Agirc-Arrco*).
 32. Déployer des contrôles automatisés à grande échelle, dès leur réception, des données de la déclaration sociale nominative transmises par salarié (*Acoss*).
 33. Engager les travaux informatiques nécessaires à la collecte des prélèvements sociaux sur le seul fondement des données de la déclaration sociale nominative transmises par salarié (*Acoss*).
 34. Améliorer les informations en ligne et la qualité et le délai moyen de réponse aux cotisants pour l'ensemble des canaux de contact (*Acoss*).
 35. Accroître significativement la part des inspecteurs du recouvrement spécifiquement affectés aux actions de lutte contre le travail illégal (*Acoss*) (recommandation réitérée).
 36. Réexaminer la pertinence du maintien d'activités de production dans chaque département (*Acoss*).
-

Première partie

Une nouvelle trajectoire de retour à l'équilibre à construire

Chapitre I

Les perspectives financières

de la sécurité sociale à partir de 2020 :

une dégradation majeure,

un endettement à contenir

PRÉSENTATION

En juin 2020¹⁴, la Cour a analysé les résultats de la sécurité sociale au titre de 2019¹⁵, à savoir un déficit de 1,9 Md€ du régime général et du fonds de solidarité vieillesse (FSV), en légère augmentation par rapport à 2018 (1,2 Md€), mais très inférieur à la prévision actualisée de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020 (soit 5,4 Md€).

Le niveau du déficit 2019, meilleur qu'attendu en raison de recettes plus abondantes, permettait d'anticiper un déficit 2020 plus limité que celui prévu par la LFSS 2020 (soit 5,4 Md€). Le retour de la sécurité sociale à l'équilibre avant la fin de la législature était toutefois incertain.

La crise sanitaire, qui a conduit à la quasi-mise à l'arrêt de l'économie pendant deux mois, a bouleversé les perspectives financières de la sécurité sociale. Ainsi, selon les prévisions du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2021, le déficit du régime général et du FSV atteindrait en 2020 un niveau sans précédent de 44,4 Md€. En 2021, il s'élèverait à 27,1 Md€, et il ne diminuerait par la suite que de manière très progressive, atteignant encore près de 20 Md€ en 2024. D'ici 2024, la sécurité sociale ne reviendrait pas à l'équilibre et continuerait à s'endetter, ses déficits excédant largement la capacité d'amortissement de la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).

En 2020, la sécurité sociale connaîtra un déficit inédit, lié aux impacts de la crise sanitaire sur l'activité économique et aux mesures visant à en atténuer les effets pour les entreprises et les ménages (I). Venant s'ajouter aux dettes portées par l'Acoss fin 2019 (25 Md€), la hausse considérable des besoins de financement de la sécurité sociale suscitée par la crise sanitaire a conduit les pouvoirs publics à organiser la reprise de 136 Md€ de dettes par la Cades, au prix d'un report de 2024 à 2033 de l'extinction de la dette sociale (II). Alors que la trajectoire financière pluriannuelle du PLFSS 2021 prévoit le maintien de déficits massifs, il convient de définir une nouvelle trajectoire de dépenses, à mettre en œuvre par une action plus résolue sur l'évolution de ces dernières, afin de contenir la hausse de la dette sociale par rapport à celle dont la reprise par la Cades a été organisée (III).

¹⁴ Cour des comptes, *La situation financière de la sécurité sociale en 2019 : l'interruption d'une longue séquence de retour à l'équilibre*, La Documentation française, juin 2020, 60 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁵ À la suite du présent chapitre, sont présentées, 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 relatifs à l'exercice 2019, soumis à l'approbation du Parlement dans le PLFSS 2021.

I - Un déficit sans précédent en 2020

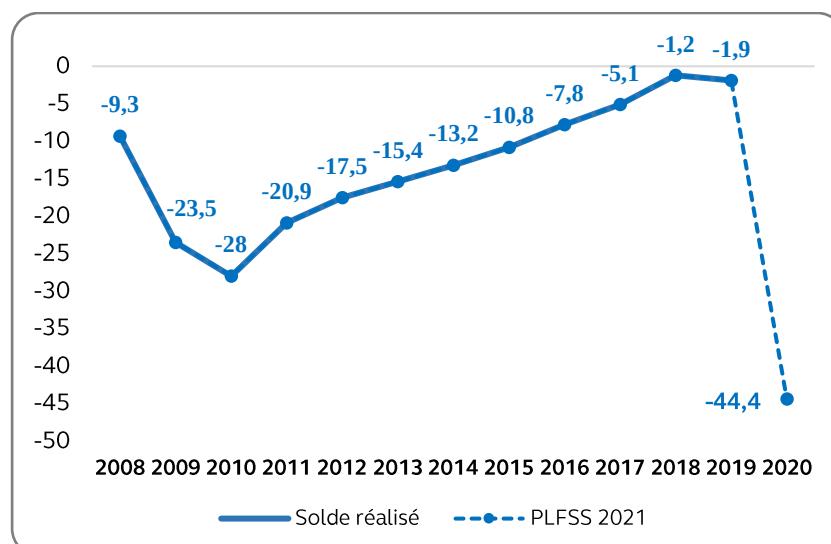
A - Après une année 2019 proche de l'équilibre, une hausse considérable du déficit attendue en 2020

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020 prévoyait une stabilisation du déficit du régime général et du FSV à 5,4 Md€ en 2020, comme en 2019. Sous l'effet de recettes abondantes, le déficit s'est en définitive établi à 1,9 Md€ en 2019, ce qui permettait d'anticiper un déficit plus modéré en 2020.

La crise sanitaire a bouleversé ces perspectives financières. Selon le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2021, le déficit du régime général et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'établirait en 2020 à 44,4 Md€, soit l'équivalent de 2,0 % du produit intérieur brut (graphique n° 2). Il s'agit du déficit le plus élevé jamais enregistré par la sécurité sociale, qui dépasse celui de 2010 (soit 28,0 Md€ ou 1,1 % du PIB), au plus fort des effets de la récession économique de 2009 sur les recettes sociales.

Le déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du FSV évoluerait de façon comparable puisqu'il s'élèverait, d'après le PLFSS 2021, à 46,1 Md€ en 2020, après 1,7 Md€ en 2019. Il dépasse de près de 2 Md€ celui du régime général et du FSV, en raison principalement des déficits de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) et de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL), qui s'élèveraient respectivement à 1,5 Md€ et à 0,7 Md€ en 2020.

**Graphique n° 2 : évolution du déficit agrégé du régime général
et du FSV (2008-2020, en Md€)**



Source : Cour des comptes, d'après les données du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021

En 2020, le déficit du régime général et du FSV augmenterait ainsi de 42,5 Md€ par rapport à 2019. Toutes les branches du régime général ainsi que le FSV seraient en déficit. La hausse du déficit se concentre sur la branche maladie et, dans une moindre mesure, sur la branche vieillesse (tableau n° 1). Leurs déficits s'établiraient respectivement à 29,8 Md€ et à 7,8 Md€.

**Tableau n° 1 : soldes 2020 du régime général et du FSV
(LFSS 2020 et PLFSS 2021, en Md€)**

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

Source : Cour des comptes, d'après les données de la LFSS 2020 et du PLFSS 2021

La crise sanitaire a un effet « ciseaux » sur les recettes et les dépenses de la sécurité sociale. Pénalisées par le recul de l'activité économique et de l'emploi et par un élargissement très significatif du dispositif d'activité partielle, les recettes chuteraient (-5,0 % contre +2,3 % attendu dans la LFSS 2020 et +2,0 % en 2019). Pour leur part, les dépenses accéléreraient (+5,5 % contre +2,3 % dans la LFSS 2020 et +2,2 % en 2019), sous l'effet des dépenses supplémentaires engagées pour lutter contre la crise sanitaire.

Les recettes jouent un rôle prépondérant dans la dégradation de 39,0 Md€ du solde prévisionnel 2020 entre la LFSS 2020 et le PLFSS 2021 : elles ont été revues à la baisse de 27,3 Md€, tandis que les dépenses l'ont été à la hausse de 11,5 Md€.

B - La chute des recettes

La LFSS 2020 prévoyait une augmentation en 2020 des recettes du régime général et du FSV proche de celle constatée pour 2019 (+2,3 %, contre +2,0 %). Cette progression devait être tirée par celle de la masse salariale du secteur privé, principale assiette du financement de la sécurité sociale et par celle de la consommation des ménages, près d'un quart des recettes de TVA étant affecté à l'assurance maladie. Par ailleurs, les mesures nouvelles en recettes devaient avoir un effet légèrement positif en 2020 (+0,8 Md€), contrairement à 2019 (-5,4 Md€).

La crise sanitaire a bouleversé les hypothèses économiques des lois financières (tableau n° 2) et, ce faisant, les prévisions de recettes.

Tableau n° 2 : principales hypothèses économiques 2019 et 2020

	2019	2020	
		LFSS 2020	PLFSS 2021
<i>Taux d'évolution de la masse salariale en valeur</i>	+3,1 %	+2,8 %	-7,9 %
<i>Dont effectifs moyens</i>	+1,4 %	+1,0 %	-2,3 %
<i>Dont salaire moyen</i>	+1,6 %	+1,8 %	-5,7 %
<i>Taux d'évolution de l'indice des prix hors tabac</i>	+0,9 %	+1,0 %	+0,2 %
<i>Taux d'évolution du PIB en volume</i>	+1,5 %	+1,3 %	-10,0 %
<i>Taux d'évolution de la consommation des ménages en volume</i>	+1,6 %	+1,5 %	-8,0 %

Sources : LFSS 2020, PLFSS 2021, Insee

Selon les prévisions du PLFSS 2021, les recettes du régime général et du FSV se contracteraient de 5,0 % en 2020 par rapport à 2019 (tableau n° 3). En montant, elles reculeraient de 20,2 Md€ par rapport à 2019, et de 27,3 Md€ par rapport à la prévision de la LFSS 2020.

**Tableau n° 3 : recettes du régime général et du FSV
(LFSS 2020 et PLFSS 2021, en Md€)**

	2019 (1)	Variation 2019/2018	2020 LFSS 2020	Variation 2020/2019 LFSS 2020*	2020 PLFSS 2021 (2)	Variation 2020/2019 (2)/(1)
<i>Maladie</i>	215,2	+2,1 %	219,2	+2,3 %	204,8	-4,8 %
<i>AT-MP</i>	13,2	+4,0 %	13,5	+2,3 %	12,1	-8,4 %
<i>Famille</i>	51,4	+2,0 %	51,0	-0,2 %	47,1	-8,4 %
<i>Vieillesse</i>	135,7	+1,4 %	139,0	+2,6 %	132,7	-2,2 %
Régime général	402,4	+2,0 %	409,4	+2,1 %	383,7	-4,6 %
<i>FSV</i>	17,2	+0,0 %	18,2	+9,6 %	16,5	-4,1 %
Total RG+FSV	402,5	+2,0 %	409,6	+2,3 %	382,3	-5,0 %

* Taux d'évolution relativement à la prévision de réalisation 2019 par la LFSS 2020.

Source : Cour des comptes, d'après les données de la LFSS 2020 et du PLFSS 2021

La chute des recettes prévues par rapport à la LFSS 2020 traduit principalement trois phénomènes¹⁶ : une contraction des prélèvements sociaux sur les revenus d'activité ; une diminution des prélèvements fiscaux et sociaux assis sur d'autres assiettes ; une hausse des charges liées au recouvrement des prélèvements sociaux¹⁷.

Par ailleurs, des mesures exceptionnelles d'apport de recettes ont été adoptées postérieurement à la LFSS 2020, en réponse à la crise sanitaire. Elles seraient cependant plus que compensées par l'effet négatif sur les recettes de la baisse d'office des cotisations provisionnelles des travailleurs indépendants en 2020. Au total, les mesures postérieures à la LFSS 2020 auraient un effet net légèrement négatif sur les recettes (de 0,8 Md€).

¹⁶ Dont la portée est atténuée à la marge par l'effet base favorable sur 2020 du surcroît de recettes de 2019 (2,9 Md€) par rapport à la prévision de la LFSS 2020 et par la hausse des prélèvements sur les revenus de remplacement, liée au renforcement du dispositif d'activité partielle (soit 0,9 Md€, voir 1- *infra*).

¹⁷ Présentées en minoration des recettes dans les prévisions de la CCSS.

1 - Une forte contraction spontanée des recettes

a) Un net repli des recettes sur les revenus d'activité

Les recettes de cotisations, de contributions et d'autres impositions assises sur les revenus d'activité connaîtraient le plus fort repli spontané.

En 2020, la masse salariale du secteur privé soumise à cotisations reculerait de 7,9 %, ce qui induirait une perte de recettes de 21,7 Md€¹⁸ par rapport à la prévision de la LFSS 2020. Cette contraction résulte de baisses attendues de 2,3 % de l'emploi salarié et de 5,7 % du salaire moyen par tête.

La baisse de l'emploi salarié traduit les effets de la récession économique. Celle du salaire moyen par tête reflète principalement l'incidence du renforcement du dispositif d'activité partielle (voir encadré *infra*). Les salariés qui en bénéficient conservent en effet leur emploi, mais perçoivent une allocation qui constitue un revenu de remplacement et non un élément de salaire¹⁹. Les prélèvements sociaux auxquels cette allocation est assujettie (en particulier une CSG à un taux réduit de 6,2 %²⁰) procurent des recettes réduites par rapport à celles qui auraient résulté des prélèvements de droit commun sur les revenus d'activité (ensemble des cotisations et des contributions sur les salaires, dont une CSG au taux de 9,2 %).

Au total, le nombre de salariés pour lesquels une demande d'indemnisation au titre de l'activité partielle a été déposée aurait culminé, en avril 2020, à 8,8 millions (à comparer à 19,7 millions de salariés fin 2019), pour un montant d'indemnisation par l'État et l'Unédic estimé à près de 21,0 Md€ au total pour les mois de mars à juillet 2020²¹.

¹⁸ Hors dotations nettes aux provisions pour dépréciation de créances.

¹⁹ Articles L. 5122-4 et L. 5422-10 du code du travail.

²⁰ Article L. 136-8 du code de la sécurité sociale.

²¹ Dares, *Situation sur le marché du travail au 15 septembre*, 17 septembre 2020.

Le renforcement du dispositif d'activité partielle

Le dispositif d'activité partielle²² consiste, pour l'employeur, à verser une indemnité aux salariés qui subissent une réduction de leur temps de travail (70 % du salaire brut horaire et au moins le salaire minimum net), avec un concours de l'État et de l'Unédic. Les entreprises peuvent bénéficier de ce dispositif dès lors que la baisse de la durée du travail a pour cause une circonstance exceptionnelle (sinistre, difficultés d'approvisionnement, conjoncture économique défavorable).

Dans le dispositif antérieur à la crise sanitaire, l'État et l'Unédic versaient à l'employeur 7,74 euros ou 7,23 euros par heure non travaillée et par salarié (selon que l'entreprise comptait ou non moins de 250 salariés).

Le décret n° 2020-325 du 25 mars 2020 a porté à 8,03 euros par heure non travaillée et par salarié le montant de cette participation pour les salariés au Smic et prévu une prise en charge à 100 % par l'État et l'Unédic de 70 % de la rémunération brute antérieure (soit 84 % du salaire net en moyenne) dans la limite de 4,5 fois le salaire minimum. Le décret précité a par ailleurs allongé de 6 à 12 mois la durée d'indemnisation du chômage partiel et assoupli la procédure de demande d'activité partielle, celle-ci pouvant être effectuée *a posteriori*. De surcroît, une ordonnance du 27 mars 2020 a étendu jusqu'au 31 décembre 2020 le dispositif d'activité partielle à de nouveaux bénéficiaires (salariés employés à domicile, assistants maternels).

Depuis le 1^{er} juin 2020, la prise en charge par l'État et l'Unédic de l'indemnisation, inchangée pour le salarié, a été abaissée de 100 à 85 %, sauf exception (tourisme, restauration, culture, sports, événementiel). Ce taux de prise en charge, qui avait initialement vocation à s'appliquer jusqu'au 30 septembre 2020, a été prolongé jusqu'au 31 octobre 2020 par le décret n° 2020-1170 du 25 septembre 2020.

Le décret n° 2020-926 du 28 juillet 2020 a par ailleurs instauré un dispositif d'activité partielle de longue durée (APLD), pouvant aller jusqu'à 24 mois consécutifs ou non par période de 36 mois et assurant, en cas d'accord d'entreprise ou de branche validé par l'État sur l'activité et l'emploi, un taux de prise en charge de 85 % pour un accord signé avant le 1^{er} octobre 2020 ou de 80 % dans le cas contraire. Dans ce dispositif, la part d'heures chômées par salarié ne peut cependant excéder 40 % du temps de travail, à la différence du dispositif d'activité partielle de droit commun.

²² Articles L. 5122-1 à L. 5122-5 du code du travail.

Par ailleurs, l'élargissement des conditions d'attribution des indemnités journalières maladie, notamment pour les personnes faisant l'objet d'une mesure d'isolement, d'éviction ou de maintien à domicile du fait d'avoir été en contact avec une personne affectée par l'épidémie de covid-19 et, jusqu'au 30 avril 2020, pour la garde d'enfant²³, entraînera des pertes de cotisations²⁴ (dont l'assiette est estimée à 2 Md€ en 2020).

Enfin, les prélèvements sociaux sur les revenus d'activité des salariés relevant du régime agricole ou employés par des particuliers se replieraient de 0,5 Md€ et de 0,3 Md€ respectivement.

*b) La baisse des prélèvements sociaux et fiscaux
sur les assiettes autres que les revenus d'activité et de remplacement*

Les recettes de prélèvements sociaux et fiscaux sur les assiettes autres que les revenus d'activité et de remplacement, et affectées au régime général et au FSV, se réduiraient de 6,3 Md€ par rapport à la prévision de la LFSS 2020. Par rapport à 2019, l'assiette de la TVA se contracterait de 8,4 %, celle des prélèvements sur les revenus du capital de 7,7 % et celle des recettes de taxe sur les salaires de 3,3 %.

La baisse des recettes de TVA, dont l'assurance maladie reçoit un peu moins du quart, traduit la diminution de la consommation des ménages, qui se réduirait en volume de 8 % par rapport à 2019, selon le PLFSS 2021.

c) La hausse des dépréciations de créances sur les cotisants

D'après la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de septembre 2020, les restes à recouvrer en fin d'année seraient dépréciés à hauteur de 3,1 Md€ supplémentaires par rapport à la prévision de la LFSS 2020. Cette augmentation traduit notamment l'impact sur le montant des restes à recouvrer des délais de paiement accordés aux cotisants dans le contexte de la crise sanitaire (voir encadré *infra*).

Les circonstances économiques pourraient justifier, le cas échéant, un montant plus élevé de dépréciations des prélèvements dus au titre de 2020. En outre, les créances dues issues d'exercices antérieurs seront plus difficiles à recouvrer, ce qui pourrait conduire à une hausse des dépréciations ou des admissions en non-valeur.

²³ Décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus.

²⁴ En tant que revenu de remplacement, les indemnités journalières ne sont pas assujetties aux cotisations sociales, mais à la CSG au taux de 6,2 %.

Le report du versement des prélèvements sociaux sans demande préalable dans le cadre de la crise sanitaire

Avec la crise sanitaire, les conditions d'octroi de délais de paiement pour le versement des prélèvements sociaux ont été fortement assouplies.

En temps normal, les cotisants peuvent demander des délais de paiement jusqu'à 12 mois, sous réserve du versement intégral de la part salariale des cotisations par les employeurs²⁵. Les majorations de retard restent toutefois dues, mais les cotisants peuvent en demander la remise.

À partir de mars 2020, les employeurs de salariés ont pu reporter sans demande préalable le versement des cotisations et contributions sociales, y compris la part salariale des cotisations et sans majoration de retard. S'agissant des travailleurs indépendants, les échéances mensuelles ont cessé d'être prélevées, leur paiement devant être lissé sur les échéances ultérieures. En juin 2020, l'obligation de demande préalable a été rétablie pour les employeurs de salariés. En juillet 2020, tel a également été le cas de la condition de versement intégral de la part salariale des cotisations. En septembre 2020, le prélèvement des échéances des indépendants a repris.

2 - Des mesures exceptionnelles de recettes, aux effets néanmoins réduits par les facilités accordées aux travailleurs indépendants

Les mesures nouvelles en recettes prévues par la LFSS 2020, ainsi que celles issues de dispositions antérieures mais ayant un effet en 2020, accroîtraient les recettes du régime général et du FSV de 0,8 Md€ en 2020²⁶.

Postérieurement à la LFSS 2020, deux mesures exceptionnelles conduisent à procurer des recettes supplémentaires en 2020 au régime général.

Il s'agit d'une part du versement en une fois à la branche vieillesse, prévu par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, de 5 Md€ d'actifs financiers gérés par le fonds de réserve pour les retraites

²⁵ Article R. 243-21 du code de la sécurité sociale.

²⁶ La principale mesure nouvelle est l'effet en 2020 de la hausse des droits sur les tabacs (+0,6 Md€). Ces mesures intègrent par ailleurs l'organisation de la compensation à l'Unédic de l'effet en année pleine en 2020 de l'extension au 1^{er} octobre 2019 de l'allègement général dégressif de cotisations patronales aux cotisations chômage (perte de recettes supplémentaire pour l'Unédic de 2,7 Md€ en 2020, après 0,9 Md€ en 2019).

(FRR)²⁷. D'autre part, le PLFSS 2021 prévoit une hausse ponctuelle à caractère rétroactif sur 2020 de 1 Md€ de la taxe de solidarité additionnelle sur les contrats d'assurance complémentaire santé (puis de 0,5 Md€ en 2021). En effet, l'assurance maladie a accordé aux établissements de santé des avances destinées à couvrir des pertes de recettes correspondant à des prises en charge, pour l'essentiel, par les complémentaires santé (tickets modérateurs et forfait journalier). Cette mesure a pour objet de la faire bénéficier d'une partie des économies²⁸ occasionnées pour les organismes complémentaires par la baisse d'activité de la plupart des professionnels de santé à la suite du confinement de la population.

De manière incidente, l'effet en 2020 de la revalorisation des rémunérations des professionnels de santé dans les établissements de santé et médico-sociaux (mesure du « Ségur de la santé ») prévue par le PLFSS 2021 procurerait cette même année un surcroît de 0,3 Md€ de recettes au régime général.

Toutefois, l'effet de ces mesures nouvelles positives devrait être plus que compensé par les pertes de recettes liées aux facilités accordées aux travailleurs indépendants en réponse à la crise sanitaire (-7,1 Md€). Ces derniers bénéficient en effet d'une réduction d'office de 50 % du montant de revenu sur la base duquel sont calculées les cotisations provisionnelles exigibles en 2020, qui est susceptible de régularisation en 2021 une fois connus de manière définitive les revenus de 2020²⁹.

Le tableau ci-après détaille les effets des mesures nouvelles en recettes ayant une incidence en 2020.

²⁷ Il s'agit de la partie de la soulte versée par les employeurs du régime spécial de retraite des industries électriques et gazières (IEG) au titre de l'adossé de ce régime à la branche vieillesse du régime général en 2005 (pour un montant à l'époque de 3,06 Md€), et gérée depuis lors par le FRR pour le compte de la Cnav. Avant la loi du 7 août 2020, le versement de la soulte (plus-values et intérêts capitalisés compris) devait être étalé sur plusieurs années à partir de 2020.

²⁸ Selon le PLFSS 2021, la baisse de l'activité et la prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire de certaines dépenses conduiraient à 2,2 Md€ de moindres dépenses des organismes complémentaires santé en 2020.

²⁹ Contrairement à ceux dont sont redevables les employeurs de salariés, les prélèvements sociaux des travailleurs indépendants sont collectés par la voie d'appels provisionnels, sur la base des revenus professionnels déclarés précédemment, puis régularisés l'année suivante une fois connus les revenus définitifs. À cet égard, si les revenus 2020 s'avèrent finalement supérieurs, des régularisations auront lieu en 2021 avec un effet favorable sur les recettes de la sécurité sociale de 2021.

**Tableau n° 4 : effet des mesures nouvelles sur les produits
du régime général et du FSV (PLFSS 2021, en Md€)**

Intitulé de la mesure	RG +FSV	ACOSS	Unédic	Agirc- Arrco
Mesures antérieures ayant un effet en 2020*	0,5	0,0	0,0	0,0
Mesures de la LFSS 2020	0,3	0,1	0,0	0,1
Mesures de hausse ou de baisse de recettes	0,0	0,0	-2,7	0,1
Effet en année pleine du renforcement des allègements généraux sur les cotisations chômage	-0,3		-2,7	
Limitation du coût de certaines niches sociales (dont la déduction forfaitaire spécifique)	0,3		0,0	0,1
Autres mesures	0,0	0,0	0,0	0,0
Mesures de transferts de recettes avec l'État et entre ASSO	0,3	0,1	2,7	0,0
Compensation à l'Unédic de la perte de cotisations liée au renforcement des allègements généraux	0,0	-2,7	2,7	
Ajustement de la fraction de TVA	-0,9	4,2		
Réaffectation de taxe sur les salaires	1,4	-1,4		
Autres mesures	-0,3	0,0	0,0	0,0
Mesures postérieures à la LFSS 2020	-0,8	0,0	0,0	0,0
Mesures de la 3^e LFR 2020	0,0	0,0	0,0	0,0
Exonération temporaire de cotisations patronales pour les employeurs de salariés	-2,0		-1,3	
Aide au paiement des cotisations pour les employeurs de salariés (« crédit de cotisations »)	-1,8			
Réduction forfaitaire temporaire de cotisations pour les travailleurs indépendants et les artistes-auteurs	-0,1			
Compensation par l'État	3,9		1,3	
Mesure de la loi du 7 août 2020	5,0	0,0	0,0	0,0
Versement à la branche vieillesse d'actifs gérés par le Fonds de réserve pour les retraites (FRR)	5,0			
Mesures du PLFSS 2021	1,3	0,0	0,0	0,0
Hausse de la taxe de solidarité additionnelle sur les contrats d'assurance complémentaire	1,0			
Effet sur les recettes des mesures de revalorisation salariale du « Ségur de la santé »	0,3			
Autre mesure	-7,1	0,0	0,0	0,0
Révision à la baisse du revenu pris en compte pour le calcul des cotisations provisionnelles des indépendants	-7,1			
Total	0,0	0,1	0,0	0,1
Mesures de périmètre en dépenses**	-0,3			

* La principale mesure concerne la hausse des droits sur les tabacs (+0,6 Md€).

** Transfert du financement de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) et de l'Agence nationale de santé publique (ANSP) de l'État à la branche maladie.

Source : Cour des comptes d'après les données de la LFSS 2020, du rapport de la CCSS de septembre 2020 et du PLFSS 2021

Enfin, les mesures d'exonération et d'aide au paiement des cotisations sociales des employeurs de salariés et de réduction forfaitaire des cotisations des travailleurs indépendants³⁰ et des artistes-auteurs prévues par la troisième loi de finances rectificative pour 2020, adoptée en juin 2020, n'auraient pas d'effet sur les recettes du régime général et du FSV. En effet, elles seraient intégralement compensées par l'État.

Les mesures exceptionnelles d'exonération, d'aide au paiement et de réduction forfaitaire des cotisations issues de la 3^e loi de finances rectificatives pour 2020

La 3^e LFR 2020, adoptée en juin 2020, instaure trois mesures exceptionnelles d'exonération et d'aide au paiement des cotisations :

- une exonération des cotisations patronales pour les entreprises de moins de 250 salariés relevant de certains secteurs particulièrement affectés par la crise sanitaire³¹ (périodes d'emploi de février à mai 2020) et pour les entreprises de moins de 10 salariés relevant d'autres secteurs mais ayant subi une interdiction d'accueillir du public en raison de la crise sanitaire (périodes d'emploi de février à avril 2020) ;
- pour les entreprises éligibles aux exonérations précitées, une aide au paiement sous la forme d'un crédit de cotisations sociales égal à 20 % des revenus pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations des mêmes périodes d'emploi que les exonérations, utilisable pour le paiement des prélèvements sociaux exigibles au titre de 2020 ;
- une réduction forfaitaire de cotisations sociales dues par les travailleurs indépendants de certains secteurs (d'un montant annuel de 1 800 ou 2 400 euros selon le secteur³²) et les artistes-auteurs (d'un montant de 500 à 2 000 euros en fonction du revenu artistique déclaré au titre de 2019).

³⁰ Indépendamment de la réduction d'office précitée de 50 % du montant de revenu sur la base duquel sont calculées les cotisations provisionnelles exigibles en 2020.

³¹ Tourisme, hôtellerie, restauration, sport, culture, transport aérien et événementiel. Sont également concernés les secteurs dont l'activité dépend de ces derniers et qui ont subi une baisse importante de chiffre d'affaires.

³² Décret n° 2020-1103 du 1^{er} septembre 2020.

C - Une accélération des dépenses concentrée sur celles relevant de l'Ondam

La LFSS 2020 prévoyait une accélération des dépenses du régime général et du FSV (+2,3 %) par rapport à l'année précédente (+2,2 % en 2019). Cette accélération reflétait une revalorisation de 1,0 % de la plupart³³ des prestations de retraite au 1^{er} janvier 2020 (contre 0,3 % au 1^{er} janvier 2019) ; les autres prestations monétaires, notamment familiales, ont fait l'objet au 1^{er} avril 2020 d'une revalorisation limitée à 0,3 %, comme en 2019.

Selon la prévision du PLFSS 2021, les dépenses croîtraient en 2020 plus de deux fois plus vite (à +5,5 %) pour atteindre 426,6 Md€, contre 415,1 Md€ dans la LFSS 2020 et 404,5 Md€ en 2019 (tableau n° 5).

**Tableau n° 5 : dépenses du régime général et du FSV
(LFSS 2020 et PLFSS 2021 en Md€ et en %)**

	2019		2020			
	Réalisé (1)	Variation 2019/2018	LFSS 2020	Variation 2020/2019 LFSS 2020*	PLFSS 2021 (2)	Variation 2020/2019 (2)/(1)
<i>Maladie</i>	216,6	+2,4 %	222,6	+2,5 %	234,6	+8,3 %
<i>AT-MP</i>	12,2	+1,6 %	12,2	+0,8 %	12,4	+1,3 %
<i>Famille</i>	49,9	-0,1 %	50,3	+0,2 %	50,4	+1,1 %
<i>Vieillesse</i>	137,1	+2,6 %	141,7	+3,1 %	140,6	+2,5 %
Régime général	402,8	+2,2 %	413,5	+2,4 %	424,9	+5,5 %
<i>FSV</i>	18,8	-1,1 %	18,2	-3,7 %	19,7	+5,0 %
Total RG+FSV	404,5	+2,2 %	415,1	+2,3 %	426,6	+5,5 %

* Taux d'évolution relativement à la prévision de réalisation 2019 par la LFSS 2020.

Source : Cour des comptes, d'après les données de la LFSS 2020 et du PLFSS 2021

Pour l'essentiel, l'écart par rapport à la LFSS 2020 (soit 11,5 Md€) porte sur des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

³³ Celles dépassant 2 000 euros bruts mensuels étant revalorisées de 0,3 %, comme en 2019.

1 - Une forte hausse des dépenses des branches maladie et AT-MP du fait de la crise sanitaire

a) Les dépenses relevant du champ de l'Ondam

La LFSS 2020 avait fixé l'Ondam à 205,6 Md€. Compte tenu d'une première traduction de l'engagement pris par le Gouvernement d'augmenter les concours aux hôpitaux publics³⁴, le taux d'évolution de 2,45 % retenu par la LFSS 2020 marquait une accélération des dépenses par rapport à l'objectif fixé par la loi de programmation des finances publiques 2018-2022 (soit +2,3 %).

Le PLFSS 2021 a rehaussé de 10,1 Md€ cette prévision de dépenses, ce qui porte leur évolution prévisionnelle à 7,6 %. Il s'agit du taux le plus élevé de progression prévisionnelle des dépenses depuis la création de l'Ondam.

Ce surcroît de dépenses dans le champ de l'Ondam par rapport à la LFSS 2020 recouvre plusieurs éléments distincts.

1) Tout d'abord, l'assurance maladie supporterait 15 Md€ de dépenses supplémentaires directement liées à la crise sanitaire :

- 4,8 Md€ de dotations supplémentaires à Santé publique France (4,6 Md€), afin de lui permettre d'acheter du matériel médical (notamment des masques), et au fonds d'intervention régional (0,2 Md€) ;
- 4,7 Md€ de dotations supplémentaires aux établissements hospitaliers et aux établissements et services médico-sociaux (ESMS), dont 2,3 Md€ au titre des primes et de l'indemnisation des heures supplémentaires (1,6 Md€ pour les hôpitaux, 0,8 Md€ pour les ESMS) et 1,8 Md€ pour la couverture de dépenses exceptionnelles (1,0 Md€ pour les hôpitaux, 0,7 Md€ pour les ESMS) ;
- 1,4 Md€ d'aides aux professionnels de santé en ville en vue de permettre à ceux ayant connu une diminution de leur activité de couvrir une partie de leurs charges fixes ;
- 2 Md€ au titre des indemnités journalières liées aux arrêts de travail dérogatoires (voir *supra*) ;

³⁴ Le Gouvernement s'est engagé en novembre 2019 à augmenter à ce titre de 1,5 Md€ les dépenses de l'Ondam entre 2020 et 2022, une première hausse de 0,3 Md€ intervenant en 2020.

- 2 Md€ de dépenses diverses, dont 1,5 Md€ pour les tests effectués dans les laboratoires de biologie médicale de ville et 0,5 Md€ d'autres dépenses (frais de distribution de masques dans les pharmacies, prise en charge à 100 % des téléconsultations, etc.).

2) Ces dépenses supplémentaires seraient néanmoins compensées à hauteur de 4,5 Md€ par de moindres dépenses de soins de ville, imputables notamment à la baisse de l'activité des professionnels de santé pendant la période de confinement, dont 2,1 Md€ au titre des honoraires médicaux et dentaires et 0,9 Md€ de au titre de ceux des auxiliaires médicaux³⁵.

3) Elles seraient également compensées à hauteur de 1 Md€ par la hausse ponctuelle de la taxe de solidarité additionnelle sur les contrats d'assurance complémentaire (voir *supra*), présentée en moindre dépense de l'Ondam alors qu'elle correspond à des produits comptables.

4) Enfin, indépendamment de la crise sanitaire, les dépenses de l'Ondam seraient majorées par l'effet en 2020 des revalorisations salariales des personnels des établissements hospitaliers et médico-sociaux décidées dans le cadre du « Ségur de la santé » (+1 Md€) et prévues dans le PLFSS 2021.

En dehors des dépenses supplémentaires précitées, les dépenses de l'Ondam relatives aux établissements sanitaires et médico-sociaux ne connaîtraient pas d'évolution notable par rapport à la prévision, selon la CCSS. En effet, le Gouvernement a suspendu l'application de la tarification à l'activité pour l'année 2020 et lui a substitué une garantie de ressources : quelle que soit son activité en 2020, chaque établissement de santé bénéficiera d'un financement de l'assurance maladie égal à celui de 2019, augmenté de la hausse des tarifs hospitaliers arrêtée pour 2020. Les ESMS qui facturent au prix de journée bénéficient également d'une garantie de recettes ; les autres, les plus nombreux, bénéficient du versement intégral des dotations prévues dans le cadre de la campagne budgétaire 2020.

b) Les dépenses extérieures à l'Ondam

Bien que dans une moindre mesure, les prestations maladie et AT-MP hors Ondam (18,6 Md€ en 2020) augmenteraient également plus fortement en 2020 qu'en 2019 (+3,8 % après +1,6 %).

³⁵ Particulièrement les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes. À l'inverse, les remboursements de soins infirmiers seraient conformes à la prévision de la LFSS 2020.

À titre principal, cette accélération proviendrait des dépenses à la charge de la CNSA pour les établissements médico-sociaux (1 747 M€), qui entrent dans l'objectif global de dépenses (OGD) sans être financées par l'Ondam médico-social. Dans le contexte de la crise sanitaire, celles-ci augmenteraient de 25 % en 2020 (+0,3 Md€), afin de couvrir une partie des coûts supplémentaires des Ehpad et des autres établissements ou structures accueillant des personnes âgées.

Par ailleurs, les dépenses de pensions d'invalidité (6,8 Md€) progresseraient quasiment au même rythme qu'en 2019 (+2,1 % après +2,2 %). Celles de prestations d'incapacité permanente (rentes AT-MP, 4,3 Md€) diminueraient (-0,7 % après +0,4 %) en raison de la baisse des effectifs³⁶. Enfin, les dépenses d'indemnités journalières maternité et paternité (3,4 Md€) accéléreraient légèrement (+2,3 % après +2,1 %), malgré un nouveau recul du nombre de naissances (-0,6 %).

2 - Des dépenses des branches vieillesse et famille affectées à la marge par la crise sanitaire

a) Une progression des dépenses de la branche vieillesse contenue par la chute des transferts de compensation démographique

Selon le PLFSS 2021, les dépenses de la branche vieillesse (140,6 Md€ en 2020) connaîtraient en 2020 une progression comparable à celle constatée en 2019 (+2,5 % après +2,6 %). Cette évolution traduit néanmoins deux phénomènes de sens contraire.

Les prestations de retraite, qui représentent près de 95 % des dépenses de la branche (133,5 Md€), seraient en nette accélération en 2020 (+3,0 % après +2,3 % en 2019), du fait principalement d'une revalorisation accrue. En effet, les prestations ont été revalorisées de +1 % au 1^{er} janvier 2020, à l'exception des pensions supérieures à 2 000 euros bruts mensuels, qui ne l'ont été que de +0,3 %³⁷, alors que la revalorisation de l'ensemble des pensions avait été limitée à +0,3 % en 2019.

À l'inverse, les transferts nets (5,5 Md€) connaîtraient un repli marqué (-8,3 % par rapport à 2019), du fait de la chute des transferts au titre de la compensation démographique entre les régimes obligatoires de retraite (-0,4 Md€, soit -11,9 %). La masse salariale, qui se contracte fortement en 2020, constitue en effet l'un des principaux sous-jacents à la détermination des contributions des différents régimes.

³⁶ Ainsi que de la suppression de la possibilité de versement en capital des rentes peu élevées (article 83 de la LFSS 2020).

³⁷ Article 81 de la LFSS 2020.

*b) Des dépenses de la branche famille à nouveau en hausse
du fait principalement de la revalorisation de l'allocation
de rentrée scolaire*

Les dépenses de la branche famille (50,4 Md€ en 2020) repartiraient à la hausse en 2020 (+1,0 %) après deux années de quasi-stabilité (+0 % en 2018 et -0,1 % en 2019). À titre principal, cette augmentation reflète des évolutions de sens contraire des prestations d'entretien et des prestations d'accueil du jeune enfant (Paje) en lien avec la crise sanitaire.

Les prestations d'entretien³⁸ (19,4 Md€) connaîtraient une hausse marquée (+3,1 % après +0,6 % en 2019). Cette accélération résulterait pour l'essentiel de la revalorisation exceptionnelle de l'allocation de rentrée scolaire³⁹ (+0,5 Md€). Pour leur part, les allocations familiales resteraient stables, du fait notamment d'une revalorisation limitée à +0,3 %, contre +0,5 % en 2019⁴⁰.

À l'inverse, les dépenses de la Paje⁴¹ (10,3 Md€) seraient en forte baisse (-6,1 % après -2,5 % en 2019). En raison du confinement, et par conséquent du moindre recours à des modes de garde payants sur la période, les dépenses du complément mode de garde (CMG) diminueraient en effet de près de 6,5 % en 2020.

Pour leur part, les prestations extra-légales d'action sociale (5,8 Md€) conserveraient en 2020 un rythme de progression proche de celui constaté en 2019 (+3,1 % après +3,3 %). Malgré leur fermeture pendant le confinement, les établissements d'accueil des jeunes enfants (EAJE) ont en effet continué à bénéficier de concours des Caf.

Enfin, les transferts nets (10,4 Md€) seraient un peu plus dynamiques qu'en 2019 (+1,0 % après +0,4 %), du fait de la revalorisation accrue des prestations de retraite (voir *supra*), qui a une incidence sur le montant des majorations pour enfant financées par la branche famille.

³⁸ Composées principalement des allocations familiales, mais aussi du complément familial, de l'allocation de soutien familial et de l'allocation de rentrée scolaire.

³⁹ Le décret n° 2020-985 du 5 août 2020 prévoit une majoration exceptionnelle en 2020 de cette allocation d'un montant de 100 euros par enfant.

⁴⁰ Correspondant aux effets annuels des revalorisations de +1 % au 1^{er} avril 2018 et +0,3 % au 1^{er} avril 2019 et 2020.

⁴¹ Composées principalement du complément mode de garde (CMG), mais aussi de l'allocation de base, des allocations versées pendant le congé parental (CLCA, Prepare) et des primes à la naissance ou à l'adoption.

II - Une extinction de la dette sociale reportée de 2024 à 2033 par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie

A - Une forte remontée de la dette sociale à fin 2020

L'évolution de la dette sociale pour une année donnée dépend de deux facteurs : d'une part, du solde du régime général et du FSV⁴² de l'année, qui vient alourdir la dette lorsqu'il est négatif ou l'alléger dans le cas contraire ; d'autre part, de la capacité d'amortissement⁴³ de la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), qui vient, elle, la diminuer.

Entre 2016 et 2019, la capacité d'amortissement de la Cades a été toujours supérieure aux déficits du régime général et du FSV (hors AT-MP), ce qui a permis à la dette sociale de diminuer de près de 35,8 Md€, soit de 150,5 Md€ fin 2016 à 114,7 Md€ fin 2019.

L'année 2020 rompt avec cette trajectoire. Sur la base des prévisions du PLFSS 2021, la dette sociale augmenterait au titre de la seule année 2020 de plus de 30 Md€, pour atteindre 146,4 Md€, ce qui effacerait en grande partie la baisse intervenue depuis 2016. Selon le PLFSS 2021, le déficit du régime général et du FSV (hors branche AT-MP) représenterait en effet en 2020 près du triple de la capacité d'amortissement de la Cades, estimée à 15,9 Md€ (voir tableau n° 6 *infra*).

En 2020, les déficits anciens déjà transférés à la Cades continueront à être amortis, à un niveau un peu inférieur à l'objectif fixé par la LFSS 2020 (15,9 Md€ contre 16,7 Md€), compte tenu des effets de la crise sanitaire sur les recettes de CSG et de CRDS affectées à cet organisme (soit 16,3 Md€ en 2019). Grâce à ces ressources, complétées par un versement annuel du fonds de réserve pour les retraites (soit 2,1 Md€ entre 2011 et 2024), la dette restant à amortir par la Cades au titre des 260,5 Md€ de dettes qui lui ont été transférés avant 2020 s'élèverait à 73,1 Md€ fin 2020. Une fois prise en compte la reprise de dette (voir *infra*) de 20 Md€⁴⁴ prévue en 2020 (16,4 Md€ au titre de déficits passés de la branche maladie et du FSV et 3,6 Md€ au titre des déficits passés du régime agricole de retraite des non-salariés), la dette restant à amortir fin 2020 serait de 93,1 Md€.

⁴² En dehors de la branche AT-MP, dont l'équilibre est assuré sur le moyen terme sans financement externe.

⁴³ Il s'agit du solde (résultat) excédentaire de la Cades, que cette dernière affecte au remboursement des emprunts qu'elle a contractés pour financer les déficits qui lui ont été transférés.

⁴⁴ Voir décret n° 2020-1074 du 19 août 2020.

En revanche, les déficits les plus récents, avant prise en compte de la reprise de dette par la Cades votée dans la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie du 7 août 2020, sont portés par l'Acoss, qui les finance par des emprunts de court terme (moins de 12 mois). D'environ 15 Md€ fin 2016, à la suite du dernier transfert de dette intervenu cette même année, leur montant s'élevait déjà à 25,6 Md€ fin 2019. Compte tenu du montant du déficit du régime général (hors AT-MP) et du FSV pour 2020 prévu par le PLFSS 2021, il atteindrait 69,7 Md€ fin 2020. Comme la Cades va reprendre d'ici la fin 2020 16,4 Md€ de dette de la branche maladie et du FSV, l'Acoss financerait fin 2020 53,3 Md€ de dette sociale.

Tableau n° 6 : évolution de la dette sociale (2016-2020, en Md€)

	2016	2017	2018	2019	2020 Avant reprise	2020 Après reprise
(1) Situation nette négative de la Cades	135,8	120,8	105,3	89,1	73,1	93,1
(2) Cumul à l'Acoss des déficits maladie, vieillesse, famille et FSV non repris par la Cades	14,6	20,9	22,7	25,6	69,7	53,3
(1)+(2) Dette sociale totale en fin d'année	150,5	141,6	128,1	114,7	142,8	146,4*
Endettement financier net de l'Acoss pour les branches du RG	18,4	24,9	18,7	21,2	n.d.	n.d.

* Le montant après reprise est supérieur de 3,6 Md€ car il intègre la reprise de la dette du régime agricole de retraite des non-salariés (MSA).

Note : le montant de dette avant reprise correspond à celui avant les opérations de reprise de dette par la Cades en 2020 prévues par les lois organique et ordinaire du 7 août 2020.

Source : Cour des comptes

B - Un accroissement des besoins d'emprunt de l'Acoss qui a précipité le transfert de 136 Md€ de dettes à la Cades

Conformément à sa mission légale de financement des besoins infra-annuels de trésorerie du régime général, l'Acoss ne peut emprunter qu'à moins de 12 mois.

Dès avant la crise sanitaire, la fréquence élevée de ses refinancements sur les marchés monétaires londonien et parisien l'exposait à des risques significatifs⁴⁵, que la trajectoire de déficits jusqu'en 2023 prévue par la LFSS 2020 allait accroître.

Le déclenchement de la crise sanitaire a rendu ces risques plus tangibles. Il s'est en effet traduit dès la mi-mars 2020 par une dégradation soudaine et marquée de la situation de trésorerie de l'Acoss. Les recettes ont été moindres qu'anticipé avant la crise en raison des facultés de report du versement des prélèvements sociaux accordées aux entreprises, des pertes de recettes liées au développement de l'activité partielle et de la baisse de l'emploi salarié. En outre, des dépenses supplémentaires ont été engagées (voir I - B et - C *supra*).

Les besoins de trésorerie liés à la crise sanitaire ont conduit à relever par deux fois le plafond des ressources non permanentes de l'Acoss en 2020, fixé à 39 Md€ par la LFSS 2020 : le 25 mars à 70 Md€⁴⁶, puis le 20 mai à 95 Md€⁴⁷. Auparavant, le plafond le plus élevé avait été fixé à 65 Md€ en 2010.

La hausse considérable des besoins de financement du régime général et du FSV s'est traduite par des émissions importantes d'emprunts par l'Acoss (voir encadré *infra*). Elle a rendu indispensable un allongement de la maturité des emprunts et, ce faisant, une reprise de dettes par la Cades.

⁴⁵ La fréquence élevée des refinancements de la dette de l'Acoss – pour chaque euro de besoin de financement, l'Acoss a fait appel en 2019 plus de huit fois en moyenne au marché pour le couvrir – expose celle-ci à des difficultés pour trouver la liquidité au moment voulu sur les marchés financiers. Cela peut prendre la forme d'une difficulté soit à lever le montant nécessaire à un moment donné si les marchés monétaires sont provisoirement inopérants, en période de stress financier intense par exemple, soit, si les liquidités sont provisoirement peu abondantes, à lever les fonds à un coût acceptable.

⁴⁶ Décret n° 2020-327 du 25 mars 2020 portant relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général de sécurité sociale, en application de l'article LO. 111-9-2 du code de la sécurité sociale.

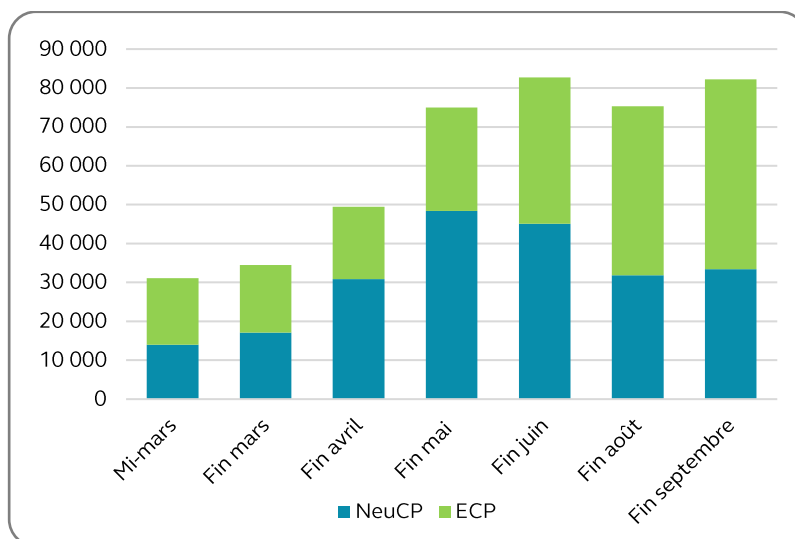
⁴⁷ Décret n° 2020-603 du 20 mai 2020 portant relèvement du plafond du recours aux ressources non permanentes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

L'accroissement des émissions d'emprunts par l'Acosse à la suite du déclenchement de la crise sanitaire

Alors que l'Acosse devait financer une dette déjà élevée fin 2019 (de plus de 20 Md€), la dégradation rapide de sa trésorerie à partir de la mi-mars l'a contrainte à diversifier très rapidement ses modalités de financement.

Entre la mi-mars et la fin juin 2020, l'Acosse a procédé à plus de 50 Md€ d'emprunts supplémentaires sur les marchés monétaires londonien et parisien (voir graphique ci-après), principalement souscrits par la Caisse des dépôts et consignations et un pool d'établissements bancaires spécialistes en valeurs du Trésor⁴⁸. À fin septembre, l'encours de titres émis par l'Acosse dépassait encore 80 Md€. L'Acosse est dès lors, de loin, l'émetteur dont les encours sont les plus élevés sur ces deux marchés.

Graphique n° 3 : encours d'emprunts émis par l'Acosse sur les marchés monétaires de Paris (NeuCP) et de Londres (ECP) depuis la mi-mars 2020 (en M€)



Source : Banque centrale européenne

NeuCP : Negotiable EUropean Commercial Papers ;

ECP : European Commercial Papers.

⁴⁸ L'encours maximal d'émissions de l'Acosse sur les marchés monétaires a été atteint le 22 juin, à 89,7 Md€.

La loi organique et la loi ordinaire du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie ont donc organisé un transfert de dettes à la Cades dans la limite de 136 Md€. Il s'agit de la plus importante opération de reprise de dette jamais effectuée par la Cades. Auparavant, la LFSS 2011 avait décidé la reprise de 130 Md€ de dette.

Cette nouvelle reprise de dette conduira à porter à près de 400 Md€ le montant total de la dette transférée à la Cades depuis sa création en 1996. Elle recouvre trois opérations distinctes, détaillées dans le tableau ci-après.

Tableau n° 7 : reprises par la Cades prévues par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie

Périodes éligibles à reprise	Périmètre des reprises	Montant maximal des reprises (en Md€)
Déficits des régimes de sécurité sociale		
Déficits antérieurs à 2020	Branche maladie du régime général FSV Branche vieillesse du régime agricole des non-salariés Régime de retraite géré par la CNRACL (fonctionnaires territoriaux et hospitaliers)	31,0
Cumul des déficits entre 2020-2023	Branches maladie, vieillesse et famille du régime général FSV Branche vieillesse du régime agricole des non-salariés	92,0
Dette des établissements publics de santé		
Emprunts contractés avant 2020	Couverture d'échéances d'emprunt des établissements publics de santé	13,0
Total		136,0

Source : lois organique et ordinaire du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie

La reprise de 31 Md€ de déficits antérieurs à 2020 vise en premier lieu 16,2 Md€ de déficits de la branche maladie du régime général et 9,9 Md€ de déficits du FSV⁴⁹. Afin d'alléger la trésorerie de l'Acoss, qui leur accordait des avances avant la crise sanitaire, elle concerne aussi les déficits passés des régimes de retraite des non-salariés agricoles et des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers (CNRACL), à hauteur respectivement de 3,6 Md€ et de 1,2 Md€.

La reprise des déficits antérieurs à 2020 intervient progressivement : en application du décret n° 2020-1074 du 19 août 2020⁵⁰, 20 Md€ seront repris en 2020 (16,4 Md€ au titre des déficits passés de la branche maladie et du FSV et 3,6 Md€ au titre des déficits passés du régime de retraite des non-salariés agricoles).

Par la suite, les déficits cumulés des branches du régime général (hors AT-MP), du FSV et du régime de retraite des non-salariés agricoles au titre des années 2020 à 2023 seront repris par la Cades dans la limite de 92,0 Md€, par la voie de versements annuels entre 2021 et 2023.

Enfin, des versements de la Cades à la branche maladie, dans la limite de 13 Md€, permettront à partir de 2021 à cette dernière de couvrir une partie des échéances en intérêts et en capital des emprunts contractés avant 2020 par les établissements de santé publics et privés non lucratifs.

C - Une reprise de dette permise par un report de 2024 à 2033 du terme de la Cades

La loi organique du 7 août 2020 repousse au 31 décembre 2033 le terme de l'amortissement par la Cades de la dette qui lui a été transférée depuis sa création. Des dispositions organiques étaient nécessaires car le Gouvernement n'avait pas prévu d'affecter à la Cades des ressources supplémentaires à même de prévenir un report du terme de cet organisme⁵¹, estimé courant 2024 avant la crise sanitaire.

⁴⁹ Contrairement aux reprises passées, les montants de dette à reprendre ne sont pas calculés comme la somme des déficits passés depuis la précédente reprise, mais comme le montant fin 2019 des capitaux propres négatifs, hors réserves (soit le montant des reports à nouveau auquel le résultat de l'exercice courant est ajouté).

⁵⁰ Décret relatif au transfert à la Caisse d'amortissement de la dette sociale des déficits du régime général, du Fonds de solidarité vieillesse et de la Caisse centrale de mutualité agricole à effectuer en 2020.

⁵¹ En vertu des dispositions organiques de l'article 4 *bis* de l'ordonnance du 24 janvier 1996, tout nouveau transfert de dette à la Cades doit être accompagné d'une hausse de ses ressources afin de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette.

Au contraire, le montant des ressources attribuées à la Cades diminuera à partir de 2024 afin de financer des dépenses nouvelles.

D'un côté, la Cades bénéficiera du prolongement au-delà de 2024, sans limitation de durée et donc, implicitement, jusqu'à la cession de l'ensemble des actifs financiers de cet organisme, du prélèvement annuel sur les réserves du FRR, pour un montant réduit à 1,45 Md€ (contre 2,1 Md€ entre 2011 et 2024)⁵². De l'autre, la fraction de CSG affectée à la Cades sera abaissée à partir de 2024 de 0,6 à 0,45 point⁵³, afin d'en réattribuer 0,15 point à la CNSA pour financer des dépenses nouvelles liées à la prise en charge de la perte d'autonomie, ce qui diminuera à ce titre les ressources annuelles de la Cades de 2,3 Md€.

Au total, les ressources annuelles de la Cades seront réduites, par rapport à 2023, de 2,3 Md€ en 2024, puis de 0,85 Md€ en 2025 et au cours des années suivantes, par rapport à celles dont l'affectation était prévue avant la crise sanitaire, ce qui réduira sa capacité d'amortissement. Selon le PLFSS 2021, celle-ci s'élèverait à 17,1 Md€ en 2021 (après une prévision de 15,9 Md€ en 2020 et 16,3 Md€ constatés en 2019).

III - La nécessité d'une action plus résolue de maîtrise des dépenses à moyen terme afin de prévenir la constitution de nouvelles dettes

La crise sanitaire a rendu caduque la prévision de la LFSS 2020 d'un déficit du régime général et du FSV qui se réduirait progressivement à partir de 2021 pour atteindre 0,6 Md€ en 2023.

Selon le PLFSS 2021, le déficit du régime général et du FSV se réduirait de manière très progressive à partir de 2021 et resterait proche de 20 Md€ en 2024 (voir tableau n° 8). À cet horizon, il serait porté par la branche maladie (-17,1 Md€) et par la branche vieillesse et le FSV (-10,1 Md€).

⁵² Fin 2019, le « culot » du FRR, c'est-à-dire ses actifs financiers après déduction des prélèvements annuels restant à verser à la Cades et de la soulte des IEG due à la Cnav (voir *infra*), s'élevait à 17,6 Md€ en valeur de marché.

⁵³ À l'exception de la partie de cette contribution assise sur les jeux.

**Tableau n° 8 : trajectoire pluriannuelle du PLFSS 2021
et écarts à la trajectoire de la LFSS 2020 (2020-2024)**

	2020	2021	2022	2023	2024
Solde RG+FSV (en Md€)	-44,4	-27,1	-24,5	-22,5	-19,7
Écart à la LFSS 2020	-39	-22,5	-21,4	-21,9	n.d.
Dépenses RG+FSV (en Md€)	426,6	442,5	450,2	461,2	473
Écart à la LFSS 2020	+11,5	+17,8	+14,6	+14,9	n.d.
Recettes RG+FSV (en Md€)	382,3	415,4	425,7	438,7	453,3
Écart à la LFSS 2020	-27,3	-4,7	-6,7	-7	n.d.
Progression de la masse salariale (en %)	-7,9	+6,8	+4,7	+3,7	+3,4
Écart à la LFSS 2020	-10,7	+3,8	+1,4	+0,3	n.d.

Source : PLFSS 2021

À l'horizon 2023, comme le montre le tableau précédent, la dégradation du solde du régime général et du FSV par rapport à la LFSS 2020, qui atteindrait près de 22 Md€, résulterait principalement d'un surplus de 15 Md€ de dépenses, alors que les recettes seraient réduites de 7 Md€.

Les pouvoirs publics se sont engagés sur de nouvelles dépenses, pérennes, en faveur du système de santé (« Ségur de la santé ») et de la prise en charge de la dépendance, qui pèsent sur la trajectoire de dépenses. Dans le même temps, le redressement des recettes, passé les conséquences immédiates de la crise sanitaire, comporte des aléas importants.

A - Des dépenses supplémentaires au-delà des effets directs de la crise sanitaire

La nouvelle trajectoire pluriannuelle du PLFSS 2021 intègre notamment les dépenses supplémentaires, généralement pérennes, liées au « Ségur de la santé » et, de manière accessoire, à la création de la nouvelle branche « Autonomie ». Au total, les dépenses du régime général et du FSV augmenteraient de 3,7 % en 2021, après 5,5 % en 2020 et 2,2 % en 2019. La hausse des dépenses en 2021 recouvrerait notamment 8,9 Md€ de dépenses supplémentaires au titre de l'Ondam (soit +3,5 %), dont 14 Md€ de dépenses hors covid, compensées en partie par la baisse de 5,1 Md€ des dépenses exceptionnelles liées au covid (passage de 9,4 à 4,3 Md€). Hors covid, le taux de progression de l'Ondam atteindrait ainsi +6,0 % en 2021.

1 - Le « Ségur de la santé »

Le 25 mars 2020, le Président de la République a déclaré qu'« à l'issue de cette crise, un plan massif d'investissement et de revalorisation de l'ensemble des carrières sera construit pour notre hôpital ».

Lors du conseil des ministres du 20 mai 2020, le ministre des solidarités et de la santé a annoncé le lancement de concertations portant sur quatre domaines :

- la revalorisation des carrières et le développement des compétences et des parcours professionnels à l'hôpital et dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ;
- la définition d'une nouvelle politique d'investissement et la réforme des modèles de financement des soins ;
- la simplification des organisations et du quotidien des personnels soignants ;
- dans le sillage du plan « Ma santé 2022 », la fédération de l'ensemble des acteurs de la santé (hôpital, médecine de ville et secteur médico-social) dans le cadre des territoires au bénéfice des patients.

En matière de rémunérations, les protocoles conclus le 13 juillet 2020 par le Gouvernement avec les fédérations syndicales représentatives au titre du « Ségur de la santé » prévoient de consacrer 8,2 Md€⁵⁴ en année pleine à des revalorisations de salaires et de carrières, qui interviendront entre 2020 et 2021, pour les personnels médicaux et non médicaux (infirmiers, aides-soignants, personnels administratifs et techniques), salariés des établissements de santé publics et privés lucratifs et non lucratifs et des Ehpad.

Lors de la présentation des conclusions du « Ségur de la santé », le 21 juillet 2020, le ministre des solidarités et de la santé a annoncé de nouvelles mesures, notamment sur la rémunération des médecins intérimaires, sur le financement des hôpitaux, sur la création de « lits à la demande ». En outre, 6 Md€ de dotations supplémentaires seront consacrés à des dépenses d'investissement (2,1 Md€ pour la rénovation des établissements médico-sociaux, 2,5 Md€ pour l'investissement en santé dans les territoires et 1,4 Md€ pour le développement du numérique).

⁵⁴ Ce montant a été revu à la hausse dans le PLFSS 2021 à 8,8 Md€ pour neutraliser l'impact à la baisse des revalorisations sur les allègements de charge dont bénéficient les établissements privés lucratifs et non lucratifs. Ces mouvements sont neutres du point de vue des comptes.

Selon le PLFSS 2021, les dépenses supplémentaires liées au « Ségur de la santé » s'élèveraient à 1 Md€ en 2020 au titre de la revalorisation de 90 euros intervenue à partir du 1^{er} septembre 2020 pour les sages-femmes et les personnels non médicaux des établissements de santé et des Ehpad. En 2021, les dépenses supplémentaires atteindraient 7,9 Md€, dont 5,8 Md€ pour les revalorisations salariales et 1,7 Md€ pour le soutien à l'investissement. En 2022, 2 Md€ de dépenses supplémentaires correspondraient pour l'essentiel à l'achèvement des revalorisations salariales.

Les dépenses supplémentaires du « Ségur de la santé », soit 11 Md€ en 2022, expliquent en grande partie une progression de l'Ondam (hors dépenses liées au covid) atteignant 6 % en 2021 et 3,1 % en 2022, avant de revenir à 2,4 % en 2023 et 2,3 % en 2024. Les niveaux pour 2021 et 2022 sont très éloignés du rythme de progression de l'Ondam, de 2,3 %, qui avait été retenu par la loi de programmation des finances publiques du 22 janvier 2018 pour les années 2018 à 2022.

2 - La création d'une cinquième branche de la sécurité sociale consacrée à la perte d'autonomie

La loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a créé un nouveau risque et une nouvelle branche de sécurité sociale relatifs à l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Le PLFSS 2021 précise le périmètre, à ce stade provisoire, de la nouvelle branche « autonomie » : celui-ci englobera l'ensemble des dépenses de la CNSA, auxquelles s'ajoute l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), jusque-là financée par la branche famille (1,2 Md€). La branche autonomie effectuera par ailleurs en 2021 près de 2,5 Md€ de dépenses supplémentaires par rapport à 2020, dont près de 2 Md€ relèvent du « Ségur de la santé » (revalorisations salariales et investissements).

Dans le PLFSS 2021, la création de la nouvelle branche autonomie a ainsi des incidences limitées en termes de nouvelles dépenses. Les prévisions de dépenses n'intègrent cependant pas les dépenses supplémentaires qui pourraient résulter du projet de loi sur le grand âge et l'autonomie, que le Gouvernement entend déposer dans les mois à venir. Afin de financer des dépenses supplémentaires, la loi du 7 août 2020 précitée a par ailleurs réaffecté 0,15 point de CSG de la Cades à la CNSA à compter du 1^{er} janvier 2024, soit 2,3 Md€ (voir *supra*).

B - Une ampleur incertaine des pertes pérennes de recettes par rapport à l'avant-crise

Selon le projet de loi de financement pour 2021, les recettes du régime général et du FSV connaîtraient un rebond de 8,7 % en 2021, qui conduirait à les placer à un niveau plus élevé de 12,8 Md€ que celles de 2019 (soit une hausse de 3,2 %), suivi d'une progression plus modérée entre 2022 (+2,5 %) et 2024 (+3,3 %).

L'impact sur l'économie de la crise sanitaire en 2020 et au-delà constitue une incertitude majeure pour les recettes et, ce faisant, la trajectoire financière de la sécurité sociale.

Les révisions successives de la prévision de croissance pour 2020 entre la première loi de finances rectificative (-1 %), la deuxième (-8 %), la troisième (-11 %) et le projet de loi de finances pour 2021⁵⁵ (-10 %) témoignent de cette incertitude.

Les différences dans l'ampleur du rebond de l'économie attendu à partir de 2021 par les prévisionnistes montrent que cette incertitude est amenée à durer. Elle se traduit notamment par des estimations sensiblement différentes des pertes d'activité économique par rapport aux scénarios d'avant-crise (voir tableau n° 9 *infra*). Si l'on exclut la prévision du Fonds monétaire international, éloignée des autres, la perte d'activité en volume par rapport aux prévisions d'avant-crise serait comprise entre 4,3 % et 6,5 % en 2021 et comprise entre 2,6 % et 3,3 % en 2022. Elle serait légèrement inférieure à 3 % en 2023 dans le scénario du PLF et du PLFSS.

Ainsi, si l'activité économique revient en 2022 à son niveau de 2019 dans le scénario du PLF et du PLFSS, elle serait encore inférieure de 3 % au niveau qui aurait été le sien en 2022 dans les scénarios d'avant-crise.

⁵⁵ Dans son avis relatif aux projets de lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2021 publié le 21 septembre 2020, le Haut Conseil des finances publiques estime « que la prévision d'activité pour 2020 est prudente et, à l'inverse, que l'ampleur du rebond prévu pour 2021 est volontariste ».

**Tableau n° 9 : prévisions de croissance et de perte d'activité
en volume par rapport aux scénarios d'avant-crise pour la France
(2020-2022, en %)**

	2020	2021	2022	2023
	Prévisions de croissance			
PLF et PLFSS (septembre 2020)	-10,0	+8,0	+3,5	+2,0
OCDE (16 septembre 2020)	-9,5	+5,8	n.d.	n.d.
Banque de France (14 septembre 2020)	-8,7	+7,4	+3,0	n.d.
Commission européenne (7 juillet 2020)	-10,6	+7,6	n.d.	n.d.
FMI (juin 2020)	-12,5	+7,3	n.d.	n.d.
	Perte d'activité			
PLF et PLFSS (septembre 2020)	-11,2	-5,3	-3,3	-2,7
OCDE (16 septembre 2020)	-10,6	-6,5	n.d.	n.d.
Banque de France (14 septembre 2020)	-9,7	-4,3	-2,6	n.d.
Commission européenne (7 juillet 2020)	-11,7	-6,2	n.d.	n.d.
FMI (juin 2020)	-13,6	-8,5	n.d.	n.d.

Note : les scénarios d'avant-crise servant de référence pour le calcul des pertes d'activité sont les projections macroéconomiques de la Banque de France de décembre 2019, les perspectives économiques de l'OCDE de novembre 2019, la trajectoire pluriannuelle du rapport économique, social et financier d'octobre 2019 pour le Gouvernement et les prévisions économiques d'automne de la Commission européenne.

Source : projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2021, projections macroéconomiques de la Banque de France de septembre 2020, perspectives économiques de l'OCDE de septembre 2020, World economic outlook du FMI de juin 2020 et prévisions d'été de la Commission européenne de juillet 2020

Avec l'engagement de nouvelles dépenses pérennes (voir A *supra*), les pertes d'activité économique attendues entre 2020 et 2022 expliquent la dégradation des recettes et donc du solde du régime général et du FSV par rapport aux prévisions d'avant la crise sanitaire.

L'autre incertitude autour du scénario macroéconomique concerne l'évaluation de la part pérenne de ces pertes d'activité, celles qui ne seront jamais récupérées – la perte d'activité potentielle⁵⁶ –, et qui viendront ainsi pénaliser durablement les recettes et le solde de la sécurité sociale.

L'ampleur potentielle des pertes pérennes de recettes peut être illustrée par les trois scénarios suivants⁵⁷ :

- dans un premier scénario, dit de « rattrapage », l'activité économique potentielle retrouve à terme son niveau d'avant la crise. Toutes choses égales par ailleurs, les conditions du retour à l'équilibre de la sécurité sociale sont inchangées par rapport à l'avant-crise ;
- dans un deuxième scénario, dit de « perte limitée », la crise sanitaire affecte au contraire durablement le niveau de l'activité potentielle. En revanche, une fois passé le choc en niveau, l'activité potentielle reprend le même rythme de croissance qu'avant la crise. La perte pérenne d'activité potentielle se traduit par un niveau plus faible des recettes et donc une dégradation structurelle du solde du régime général et du FSV par rapport aux prévisions d'avant la crise. La marche à gravir en dépenses ou en recettes pour revenir à l'équilibre est donc plus haute que dans les prévisions d'avant la crise ;
- dans un troisième scénario, dit de « faiblesse persistante », la crise sanitaire abaisse dans un premier temps le niveau de l'activité potentielle et celle-ci croît ensuite à un rythme inférieur à celui d'avant la crise. Non seulement la marche à gravir pour revenir à l'équilibre est plus élevée, mais elle s'agrandit si aucune mesure supplémentaire de redressement n'est adoptée par rapport à l'avant-crise.

À cet égard, le Gouvernement paraît avoir exclu le premier scénario, celui de « rattrapage », c'est-à-dire l'absence d'impact sur l'activité et la croissance potentielles. En effet, selon le HCFP, « *le Gouvernement considère d'ailleurs d'ores et déjà que le niveau du PIB potentiel devrait être révisé à la baisse de 1,5 point en 2020 puis de plus de 2,0 points en 2021 par rapport aux hypothèses de la loi de programmation des finances publiques du 22 janvier 2018* ».

⁵⁶ L'activité potentielle est le niveau d'activité soutenable, sans tension sur les facteurs de production, notamment sur les prix et sur les salaires. Sa croissance correspond à la croissance potentielle, égale à celle des facteurs de production disponibles (travail et capital), majorée de la contribution du progrès technique.

⁵⁷ Cf. Cour des comptes, *Rapport sur la situation et les perspectives de finances publiques*, juin 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Si elle se confirmait, cette hypothèse de perte de PIB potentiel conduirait à une perte durable de 8 Md€ de recettes au-delà de 2021 par rapport au scénario d'avant-crise et, ce faisant, à une dégradation d'un montant identique du solde du régime général et du FSV⁵⁸.

Tout en gardant à l'esprit que la situation actuelle n'a pas de précédent, l'observation de la conjoncture des 20 dernières années (voir encadré ci-dessous) corrobore l'absence de prise en compte par le Gouvernement du scénario de « rattrapage ». En revanche, l'ampleur de la perte de niveau d'activité potentielle, voire de croissance potentielle, et leurs incidences sur le niveau des recettes sociales restent affectées par de fortes incertitudes.

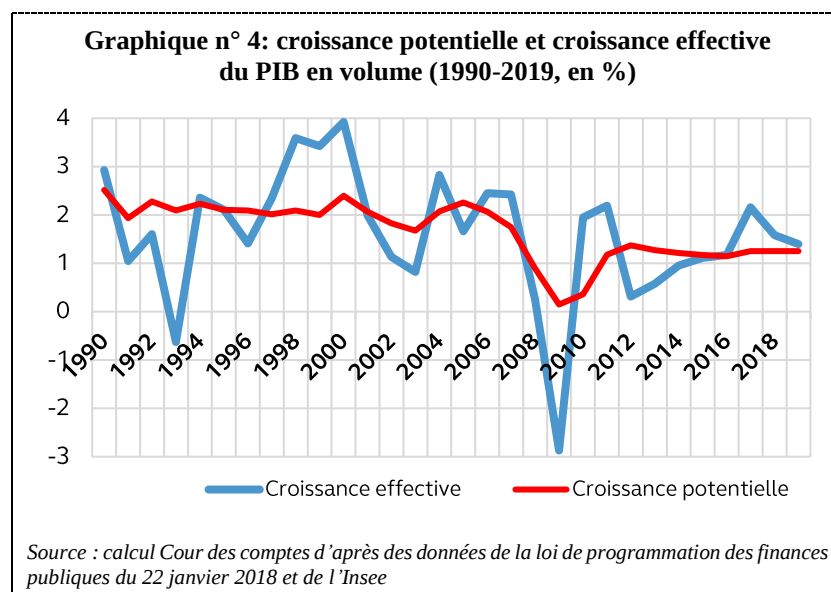
**La baisse de l'activité et de la croissance potentielles
lors des récessions et ralentissements économiques passés**

La crise financière de 2008-2009 et la crise des dettes souveraines en 2011-2012 ont conduit à une perte en niveau de l'activité potentielle, mais aussi à un infléchissement de la croissance potentielle, celle-ci passant d'un niveau proche de 2 % à 1,25 % (voir graphique n° 4). Ces crises relèvent ainsi du scénario le plus défavorable, celui d'une faiblesse persistante de l'économie.

Le ralentissement précédant la crise financière de 2008, celui du début des années 2000, paraît moins défavorable. La croissance potentielle, selon l'estimation qui en est faite aujourd'hui, est proche de 2 % après comme avant la crise. Néanmoins, par rapport aux prévisions de l'époque, la crise a amoindri la croissance potentielle, alors évaluée à 2,5 %, voire à 3 % dans un scénario favorable⁵⁹. Surtout, le ralentissement économique avait une ampleur modeste (avec un point bas de croissance de +0,8 % en 2003) au regard du choc économique de l'année 2020.

⁵⁸ Sous la double hypothèse que la conjoncture économique n'ait pas d'incidence sur le rythme d'évolution des dépenses et que les recettes sociales réagissent avec une élasticité unitaire aux variations de l'activité économique, comme observé en moyenne par le passé.

⁵⁹ Voir programme de stabilité 2003-2005.



En définitive, la crise sanitaire pourrait susciter des pertes pérennes de recettes pour la sécurité sociale. L'ampleur de ces pertes reste incertaine, mais pourrait être plus élevée que celles sous-jacentes à la trajectoire financière pluriannuelle du PLFSS 2021. Si elle se matérialisait, cette situation appellerait des mesures de redressement d'autant plus soutenues.

C - Agir sur les dépenses afin de prévenir la poursuite de l'accumulation de la dette sociale

En l'absence de dépôt par le Gouvernement d'un projet de loi de financement rectificative pour 2020, comprenant une nouvelle trajectoire financière pluriannuelle, la formation des soldes des branches du régime général et du FSV au titre des années 2020 à 2023 ne pouvait être appréciée par le Parlement lorsqu'il a adopté la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, qui prévoyait la reprise par la Cades de 92 Md€ de déficits prévisionnels au titre de ces mêmes années.

La trajectoire prévisionnelle de l'annexe B du PLFSS 2021 fait toutefois apparaître que cette provision de 92 Md€ ne suffirait pas à couvrir les déficits du régime général et du FSV (hors branche AT-MP) au titre des années 2020 à 2023. En effet, le montant agrégé de ces déficits atteindrait près de 122 Md€. Si l'on ajoute par ailleurs le déficit attendu pour 2024, soit près de 20 Md€, ce sont près de 142 Md€ de dettes supplémentaires qui devraient être amortis par la Cades, soit près de 50 Md€ au-delà du montant provisionné dans la loi du 7 août 2020.

La trajectoire financière du PLFSS 2021 prévoit ainsi que la dette sociale continue de s'accumuler au-delà de la reprise de 136 Md€ de dettes par la Cades adoptée au cours de l'été dernier.

Si elle se concrétisait, cette perspective nécessiterait de transférer de nouvelles dettes à la Cades et, si des ressources supplémentaires n'étaient pas affectées à cet organisme, de reporter à nouveau de plusieurs années l'extinction de la dette sociale.

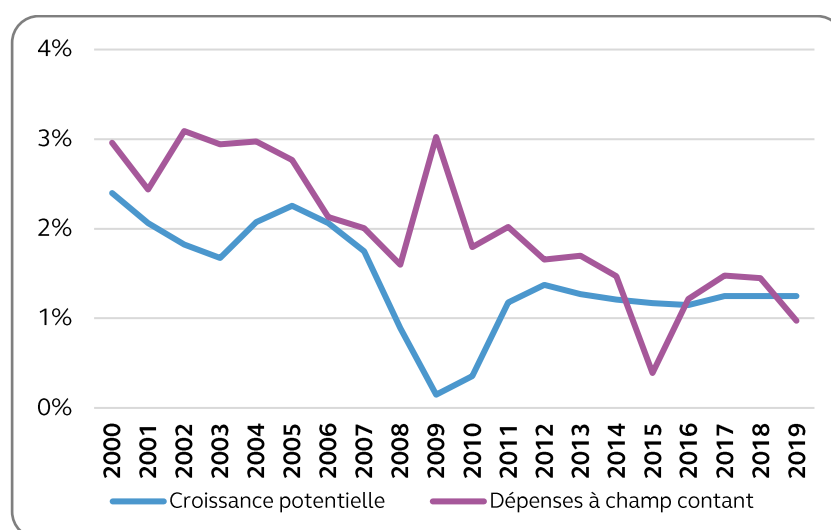
L'accumulation de dettes supplémentaires au-delà de celles prises en compte par la loi du 7 août 2020 tend à reporter le financement des déficits présents sur les générations à venir et affecte la soutenabilité du système de protection sociale. La préservation des fonctions de solidarité de ce dernier et la nécessaire équité intergénérationnelle dans le financement de la sécurité sociale requièrent l'adoption de mesures à même de ramener à terme le régime général et le FSV à l'équilibre, tout en préservant la reprise économique.

Compte tenu du niveau atteint par les prélèvements obligatoires, soit 44,1 % du PIB en 2019, et des impacts potentiels d'une telle orientation sur l'activité économique, une augmentation nette des recettes affectées au financement de la sécurité sociale apparaît difficilement envisageable ; le Gouvernement a fait part de sa volonté de ne pas y procéder.

Il n'apparaît pas non plus souhaitable de réduire le déficit de la sécurité sociale par des transferts de recettes de l'État à la sécurité sociale ou de dépenses de cette dernière à l'État. En effet, la situation du budget de l'État est encore plus dégradée que celle de la sécurité sociale : d'après le projet de loi de finances pour 2021, son déficit dépasserait 150 Md€ pour cette même année.

En l'absence de mesures nouvelles en recettes, pour que la sécurité sociale aille vers un équilibre structurel⁶⁰, la croissance de ses dépenses, exprimée en volume, doit être inférieure à la croissance potentielle du PIB⁶¹, à laquelle correspond le rythme de croissance tendancielle des recettes qui lui sont affectées. Or, depuis 2000, malgré un ralentissement des dépenses de sécurité sociale et une réduction de l'écart correspondant, leur progression, à champ constant, a systématiquement dépassé la croissance potentielle, à l'exception des années 2015 et 2019 (graphique n° 5)⁶².

Graphique n° 5 : 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 déflétant 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 d'après les données de la CCSS et de la DG Trésor

⁶⁰ Pour 2019, le solde structurel du régime général et du FSV pouvait être évalué à environ -2,5 Md€. Voir Cour des comptes, *La situation financière de la sécurité sociale en 2019 : l'interruption d'un cycle de retour à l'équilibre*. La Documentation française, juin 2020, 60 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

⁶¹ 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.

⁶² Bien que l'atteinte de l'Ondam ait requis la réalisation annuelle, 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.

Un retour durable de la sécurité sociale à l'équilibre financier nécessite de ramener l'évolution de ses dépenses, par un effort continu, en deçà de la croissance potentielle. Par rapport aux années précédentes, cet effort devrait être d'autant plus important que la crise sanitaire réduirait durablement le niveau de l'activité ou celui de la croissance potentielle. Au regard de la place des dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV dans l'ensemble des dépenses publiques – en 2019, elles ont atteint 509,7 Md€, soit 38 % du total des dépenses publiques et 21 % du PIB –, il s'agit là d'un enjeu essentiel pour l'évolution du solde et de l'endettement des administrations publiques prises dans leur globalité.

Compte tenu du niveau des déficits prévus par le PLFSS 2021, c'est seulement à moyen terme que la sécurité sociale pourrait revenir à l'équilibre. À un horizon plus court, il convient d'enrayer la hausse continue de la dette sociale portée par la Cades et par l'Acoss, en ramenant le déficit annuel du régime et du FSV en deçà de la capacité annuelle d'amortissement par la Cades de la dette sociale qui lui a été transférée, comme cela avait été le cas entre 2016 et 2019, avant que la crise sanitaire n'interrompe soudainement cette évolution favorable.

Dans le cadre du présent rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, comme de ceux qui l'ont précédé, ainsi que d'autres publications, la Cour, constatant les inadéquations de l'offre sanitaire par rapport aux besoins de nos concitoyens et à la qualité de soins, des rentes de situation et l'éloignement des dispositifs de protection sociale de leur objet, a avancé un grand nombre de propositions visant à améliorer l'efficacité des dépenses sociales : payer à bon droit les prestations sociales⁶³ ; réduire les coûts des dispositifs médicaux⁶⁴ ; mieux cibler l'action sociale collective de la branche famille⁶⁵ ; réduire les surcoûts de la dialyse⁶⁶ ; responsabiliser plus fortement les médecins prescripteurs, les employeurs et les assurés sociaux qui bénéficient d'arrêts de travail

⁶³ Voir chapitre IX du présent rapport et Cour des comptes, *La lutte contre les fraudes aux prestations sociales : des progrès trop lents, un changement d'échelle indispensable*, septembre 2020, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁶⁴ Voir chapitre VI du présent rapport.

⁶⁵ Voir chapitre VIII du présent rapport.

⁶⁶ « L'insuffisance rénale chronique terminale : une prise en charge à réformer au bénéfice des patients », in *Rapport public annuel*, février 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

indemnisés⁶⁷ ; rationaliser l'organisation des transports de patients⁶⁸ ; réaliser effectivement le virage ambulatoire du système de santé, en ville comme à l'hôpital⁶⁹ ; réviser les tarifs des médicaments anciens⁷⁰ ; réduire le nombre d'établissements effectuant des opérations chirurgicales programmées⁷¹.

CONCLUSION

La crise sanitaire entraîne une dégradation sans précédent de la situation financière de la sécurité sociale.

En raison de la chute des recettes et, dans une moindre mesure, de dépenses nouvelles, le déficit du régime général et du FSV atteindrait en 2020 un niveau inédit de 44,4 Md€ (soit 2 % du PIB), selon les prévisions du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2021. Compte tenu de dépenses nouvelles liées à la crise sanitaire, l'Ondam progresserait en 2020 de 7,6 %, soit le taux le plus élevé depuis sa création.

En 2021, le déficit du régime général et du FSV atteindrait encore 27,1 Md€ (soit 1,1 % du PIB), malgré le rebond des recettes, sous l'effet notamment de l'engagement de dépenses supplémentaires, en particulier de revalorisations salariales catégorielles.

Au-delà de son impact sur 2020, la crise sanitaire pourrait avoir une empreinte durable sur les comptes sociaux, en affectant le niveau potentiel de l'activité ou de la croissance économique et, ce faisant, celui des recettes.

⁶⁷ « Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail » in *La sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2019, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁶⁸ « Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social : des enjeux à mieux reconnaître, une régulation à reconstruire », in *La sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2019, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁶⁹ « Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital », in *La sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁷⁰ « 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 », in *La sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2017, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁷¹ « Les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour mieux assurer la qualité des prises en charge », in *La sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2017, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Avant la crise sanitaire, l'Acoss, du fait de la répétition attendue de déficits jusqu'en 2023, était appelée à financer des montants croissants de dette par des emprunts de court terme, avec des risques de refinancement de plus en plus significatifs. La crise sanitaire a rendu indispensable un transfert massif de dettes à la Cades, par la loi du 7 août 2020, afin d'allonger la maturité des emprunts. Pour permettre ce transfert sans affecter de ressources supplémentaires à la Cades, l'extinction de cette dernière a été repoussée de 2024 à 2033.

De plus, la trajectoire financière pluriannuelle de la sécurité sociale annexée au PLFSS 2021 (annexe B) prévoit le maintien de déficits très élevés entre 2022 et 2024, supérieurs ou proches de 20 Md€. Le montant cumulé de ces déficits excède d'au moins 50 Md€ la provision de reprise de déficits prévisionnels prise en compte par la loi du 7 août 2020 précitée (soit 92 Md€), sans même prendre en compte la probabilité de déficits postérieurs à 2024. Dès lors, de nouvelles dettes devraient être transférées à la Cades, au prix d'un nouveau report de l'extinction de la dette sociale, si des recettes supplémentaires n'étaient pas affectées à cet organisme. Au total, depuis sa création en 1996, et alors même que l'objectif initial était de cantonner et de supprimer la dette, la Cades aura repris près de 400 Md€ de dette sociale à l'issue des transferts prévus par la loi du 7 août 2020 précitée.

Un infléchissement du rythme de progression des dépenses constaté durant les années précédant la crise sanitaire, pour le ramener à un niveau inférieur à la croissance potentielle de l'économie, est par conséquent nécessaire pour orienter à nouveau le régime général de sécurité sociale et le FSV vers l'équilibre.

L'effort à mener devrait avoir pour premier objectif d'enrayer l'accumulation de nouvelles dettes, en ramenant le montant du déficit annuel du régime général et du FSV en deçà de la capacité annuelle d'amortissement de la Cades.

Il devrait porter sur la recherche d'une efficacité accrue des dépenses de sécurité sociale, notamment celles d'assurance maladie, qui sont fonction des choix d'organisation et de rémunération des activités de soins, des prestations de service et des délivrances de biens de santé qui leur sont liées.

Dans le cadre du présent rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, comme de ceux qui l'ont précédé, la Cour émet à cet égard plusieurs préconisations visant à réguler plus efficacement et à accroître la qualité des dépenses de sécurité sociale, notamment des soins, en fonction des objectifs mêmes qui leur sont assignés par le législateur et à réduire les pertes financières liées à des erreurs et à des fraudes affectant les prestations sociales. Sans avoir un caractère exclusif, ces préconisations constituent autant de leviers possibles de l'effort indispensable de maîtrise des dépenses à engager.

**Avis de la Cour sur la cohérence
des tableaux d'équilibre
et du tableau patrimonial
de la sécurité sociale
pour l'exercice 2019**

PRÉSENTATION

En application des dispositions de l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour formule un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial relatifs au dernier exercice clos, en l'espèce l'exercice 2019. Ces documents sont soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Les tableaux d'équilibre correspondent à des comptes de résultat combinés⁷² couvrant, respectivement, l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, le régime général et les organismes concourant à leur financement ; cette dernière catégorie comprend un seul organisme, le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

En 2019, le déficit agrégé du régime général et du FSV s'est établi à 1,9 Md€, contre 1,2 Md€ en 2018. Celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV a atteint 1,7 Md€, contre 1,5 Md€ en 2018.

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).

Compte tenu de l'excédent dégagé par la Cades, les capitaux propres retracés par le tableau patrimonial (-61,4 Md€ au 31 décembre 2019) se sont améliorés de 15,6 Md€ par rapport à 2018 et l'endettement financier net de la sécurité sociale (74,6 Md€ fin 2019) s'est réduit de 12,1 Md€ par rapport à cette même année.

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), ainsi que des actifs et passifs (tableau patrimonial) des entités comprises dans leurs champs respectifs.

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.

I - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre pour l'exercice 2019

L'article LO. 111-3 (I- A. 1°) du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale, dans sa partie comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos, « *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 2019, présenté par branche ; le tableau d'équilibre du régime général, également présenté par branche ; 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 1^{er} 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 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 constatés⁷³, auxquels certains retraitements sont apportés ; de même, le « solde » correspond à un résultat de comptabilité générale, et non à un solde de trésorerie.

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

Par nature, les tableaux d'équilibre soumis à l'approbation du Parlement, dans lesquels figurent des montants globaux de produits et de charges, fournissent une information très 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, en commente l'évolution par rapport à l'exercice précédent et aux prévisions et précise par ailleurs les règles appliquées pour établir les tableaux.

A - Les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2019

Les tableaux d'équilibre présentés ci-après figurent dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 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 2018 et par rapport aux prévisions 2019).

Depuis l'instauration de la protection universelle maladie (Puma) en 2016, le tableau d'équilibre de la branche maladie du régime général de sécurité sociale intègre les charges et produits liés aux droits de base de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie, financièrement intégrés au régime général. Ces droits de base correspondent aux prestations servies par le régime général.

En 2019, le régime général a enregistré un déficit de 0,4 Md€, contre un excédent de 0,5 Md€ en 2018, tandis que le déficit du FSV s'est réduit de 1,8 Md€ en 2018 à 1,6 Md€ en 2019. Au total, le sous-ensemble constitué par le régime général et le FSV a dégagé un déficit de 1,9 Md€, après un déficit de 1,2 Md€ en 2018.

Tableau n° 10 : tableau d'équilibre du régime général de sécurité sociale au titre de 2019 (en Md€)

	Produits	Charges	Solde
Maladie	215,2	216,6	-1,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,2	12,2	1,0
Vieillesse	135,7	137,1	-1,4
Famille	51,4	49,9	1,5
Toutes branches (hors transferts entre branches) en net	402,4	402,8	-0,4
Fonds de solidarité vieillesse	17,2	18,8	-1,6
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse en net	402,6	404,5	-1,9

Source : direction de la sécurité sociale

Tableau n° 11 : tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (en Md€)

	Produits	Charges	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	17,2	18,8	-1,6

Source : direction de la sécurité sociale

Au titre de l'exercice 2019, 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 1,7 Md€, contre 1,4 Md€ en 2018. L'excédent de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, qui atteignait 0,3 Md€ en 2018, a fait place à un léger déficit en 2019, soit 0,2 Md€.

Tableau n° 12 : tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale au titre de 2019 (en Md€)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	216,6	218,1	-1,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,7	13,6	1,1
Vieillesse	240,0	241,3	-1,3
Famille	51,4	49,9	1,5
Toutes branches (hors transferts entre branches) en net	509,1	509,3	-0,2
Fonds de solidarité vieillesse	17,2	18,8	-1,6
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris fonds de solidarité vieillesse, en net	508,0	509,7	-1,7

Source : direction de la sécurité sociale

La liste triennale annexée au projet de loi de financement pour 2018 mentionne 35 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 treize régimes d'assurance vieillesse, deux régimes d'assurance maladie, sept 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 1^{er} 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). En 2019, seuls 28 régimes de sécurité sociale⁷⁴ restaient ainsi en activité.

⁷⁴ Le régime agricole (Mutualité sociale agricole) se dédoublant en un régime agricole des salariés et un régime agricole des non-salariés.

La dégradation du solde du régime général et de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale en 2019 par rapport à 2018 doit être relativisée. En effet, 0,6 Md€ de produits de remises dues par les entreprises pharmaceutiques au titre de l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) de certains médicaments et *post-ATU* ont été enregistrés à tort dans les comptes de l'exercice 2020 de la branche maladie du régime général⁷⁵. Si ces remises avaient été intégrées, comme elles l'auraient dû, aux recettes de l'exercice 2019, le déficit du régime général et du FSV se serait établi à 1,3 Md€ en 2019, soit un niveau identique ou presque à celui de 2018. De ce fait, le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV se serait établi à 1,1 Md€, soit un montant réduit par rapport à 2018.

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 du correct établissement des tableaux d'équilibre à partir des données comptables des entités entrant dans leur champ, de l'élimination de l'ensemble des produits et des charges réciproques de ces entités, de la pertinence des autres retraitements effectués au regard des principes comptables 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 régimes⁷⁶).

*
**

⁷⁵ Cf. Cour des comptes, *Rapport sur la certification des comptes du régime général de la sécurité sociale – Exercice 2019*, mai 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁷⁶ Sur cette question, voir C- 4 *infra*.

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 2019 établis par la direction de la sécurité sociale, qui sont soumis à l'approbation du Parlement à l'article premier du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

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 cinq 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 2018 et par rapport aux prévisions 2019) ;

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 annuels (cf. C- 1 *infra*) ;

3. le traitement comptable des produits à recevoir des remises conventionnelles de l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et du *post*-ATU n'est pas conforme aux principes des droits constatés et d'indépendance des exercices, ce qui a minoré les produits de la branche maladie et détériore de 0,6 Md€ les soldes du régime général et de l'ensemble des régimes obligatoires de base (cf. C-2 *infra*) ;

4. une partie de la taxe sur les salaires a été affectée par la direction de la sécurité sociale, en l'absence de disposition législative, à la compensation des exonérations de cotisations de retraite complémentaire, ce qui a amélioré le solde de la branche vieillesse de 153 M€ et dégradé d'autant celui de la branche maladie, sans incidence sur les soldes du régime général et de l'ensemble des régimes obligatoires de base (cf. C-3 *infra*) ;

5. les réserves formulées par la Cour sur les comptes du régime général de sécurité sociale et les opinions émises par les commissaires aux comptes sur ceux d'autres régimes de sécurité sociale soulignent les limites qui continuent d'affecter la fiabilité des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés aux tableaux d'équilibre pour l'exercice 2019, sous l'effet, notamment, de faiblesses persistantes des dispositifs de contrôle interne et de difficultés comptables (cf. C- 4 *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 neutralisations 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 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 annuels 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 des régimes de sécurité sociale et du FSV (à hauteur de 16,0 Md€ pour l'ensemble des régimes, dont 14,7 Md€ pour le régime général et 0,3 Md€ pour le FSV).

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

2 - L'absence, à tort, de comptabilisation d'un produit à recevoir de 0,6 Md€ au titre des remises ATU et *post*-ATU dues par les entreprises pharmaceutiques

Alors que les conditions prévues par les dispositions de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale, en sa rédaction issue de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, étaient remplies, aucun produit à recevoir n'a été comptabilisé en 2019 au titre des remises liées à des produits de santé bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et *post*-ATU, en contradiction avec les règles et principes comptables en vigueur.

La disposition de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 prévoyant la possibilité de signer des avenants aux conventions conclues en 2019 entre les entreprises pharmaceutiques et le comité économique des produits de santé (CEPS) a modifié les modalités de versement des remises exigibles, comme cela a été indiqué durant le débat parlementaire⁷⁷.

En revanche, elle n'a pas remis en cause le fait générateur des produits correspondants. Suivant les dispositions de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale, en leur rédaction même issue de la loi de financement pour 2020, celui-ci demeure l'inscription au remboursement et la fixation à ce titre du prix de référence, qui sont survenus, pour les remises de l'ATU et du *post*-ATU, en 2019.

⁷⁷ L'annexe 9 du PLFSS 2020 mentionnait que cette mesure visait à proposer des facilités de paiement et n'avait pas d'impact sur les produits de l'exercice 2019.

De plus, les avenants signés aux conventions conclues en 2019 portent sur le même objet que ces dernières, dont ils reprennent les caractéristiques essentielles⁷⁸. Ils n'exonèrent pas les entreprises du montant initialement dû et la décote de 3 % de ce dernier s'appuie sur les éléments de calcul et les droits acquis en 2019.

À partir des données transmises par le CEPS, l'Acosse n'a pas comptabilisé dans les comptes de l'exercice 2019 un produit à recevoir de 0,6 Md€ au titre des remises de l'ATU et du *post-ATU*, alors qu'il se rattachait à cet exercice. De ce fait, le solde de la branche maladie du régime général affectataire de ces produits (-1,5 Md€) s'en est trouvé minoré du même montant.

3 - L'affectation par la direction de la sécurité sociale, sans base juridique, d'une partie de la taxe sur les salaires à la compensation des exonérations de cotisations de retraites complémentaires

Dans le silence sur ce point de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, la fraction de 10,01 % de taxe sur les salaires affectée à l'Acosse et destinée, selon les indications données au Parlement dans le projet de loi, à compenser à l'Unédic la réduction générale des contributions d'assurance chômage, a été pour partie affectée par la direction de la sécurité sociale à la compensation des exonérations de cotisations patronales de retraite complémentaire (à hauteur de 18,7 % de son montant, soit 261 M€).

⁷⁸ Sont ainsi inchangés les montants fermes des remises portant sur les exercices antérieurs à 2019, le prix de référence et les éléments de calcul pour la remise de 2019.

Compte tenu des règles spécifiques fixées par la loi de financement pour assurer l'équilibre financier de chacune de ces deux compensations⁷⁹, la réaffectation de taxe sur les salaires à laquelle il a ainsi été procédé a réduit la charge de la branche vieillesse, au titre de la compensation des cotisations de retraites complémentaires, et a majoré celles des branches maladie et vieillesse, au titre de la compensation des contributions chômage.

In fine, ces mouvements ont amélioré le solde de la branche vieillesse de 153 M€ et dégradé d'autant celui de la branche maladie, sans incidence cependant sur les soldes du régime général et de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

4 - 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 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 nationale⁸⁰) ;
- d'une certification par un ou plusieurs commissaires aux comptes (15 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 déléguée⁸¹.

⁷⁹ La LFSS 2019 a prévu que la branche vieillesse assume l'équilibre financier de la compensation des exonérations de cotisations de retraite complémentaire et que l'écriture de produit ou de charge nécessaire à l'équilibrage de la compensation des exonérations de contributions d'assurance-chômage soit répartie entre les branches maladie et vieillesse selon une clé fixée par un arrêté.

⁸⁰ Contrairement à celui de l'Assemblée nationale, le régime de retraite du Sénat n'est pas intégré au tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

⁸¹ 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° 13 : synthèse des opinions exprimées par les auditeurs externes sur les états financiers de l'exercice 2019 des régimes obligatoires de base et du FSV⁸²

	Branches/ organismes nationaux du régime général	Autres régimes	En % des charges brutes 2019
Certification sans réserve(s)	-	19 régimes	8,9 %
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 de retraites du personnel de la RATP ; fonds de solidarité vieillesse	81,8 %
Régimes dont l'opinion des commissaires aux comptes reste en attente ou comportant des enjeux réduits	-	Trois régimes de retraite (ex-Seita, Port autonome de Strasbourg, ministres des cultes d'Alsace-Moselle)	Non significatif

Source : Cour des comptes

⁸² Par rapport aux 35 régimes mentionnés dans la liste annexée au projet de loi de financement pour 2018, figurent ici 28 régimes, du fait du regroupement en un seul régime – le régime agricole – des régimes agricoles des salariés et des non-salariés ; de l'intégration au régime général, à compter du 1^{er} janvier 2018, 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 (FCAT) ; de l'intégration au régime agricole du fonds commun des accidents du travail agricole (Fcata) ; de la clôture du régime des chemins de fer de l'Hérault ; du regroupement des rentes d'accidents du travail de la mairie de Paris et du département de Paris à compter du 1^{er} janvier 2019, à la suite de la substitution de la Ville de Paris à la commune et au département de Paris dans l'ensemble de leurs droits et obligations.

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

Pour la septième année consécutive, la Cour a certifié les comptes de toutes les entités du régime général de sécurité sociale, tout en formulant 28 réserves⁸³.

La levée de 23 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.

L'Acos a poursuivi en 2019 le chantier de rénovation du système d'information des Urssaf et la mise en place d'un plan de contrôle unique des services de l'ordonnateur et de la direction comptable et financière. Pour autant, les dispositifs de contrôle interne présentent des faiblesses persistantes et des incertitudes et désaccords affectent les enregistrements comptables. Une réserve nouvelle vise, ainsi, l'enregistrement dans les comptes de l'exercice 2020, alors qu'ils auraient dû l'être dans ceux de l'exercice 2019, de 0,6 Md€ de produits à recevoir au titre d'une partie des remises dues par les entreprises pharmaceutiques (voir *supra*), ce qui a dégradé d'autant le déficit de la branche maladie (arrêté à 1,5 Md€).

Dans les branches maladie et AT-MP, les dispositifs de contrôle interne conservent, malgré les adaptations qui leur ont été apportées en 2019, des faiblesses de nature à limiter la fiabilité des enregistrements comptables. Ainsi, les frais de santé facturés directement à l'assurance maladie et pris en charge par cette dernière ont été affectés par des erreurs de portée financière, pour l'essentiel à son détriment, atteignant au moins 1 Md€. En outre, une indemnité journalière sur dix nouvellement mise en paiement était erronée et le montant total des erreurs a atteint 0,4 M€ ; la plupart des erreurs ont correspondu à des trop-versés au détriment de l'assurance maladie.

⁸³ Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale, exercice 2019*, mai 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Dans un contexte marqué, pour la branche famille, par une forte hausse du nombre de foyers allocataires de la prime d'activité (+ 1,4 million en 2019) à la suite des mesures d'urgence économique et sociale de fin 2018, les erreurs qui affectent les prestations versées ont continué à s'accroître. Ainsi, les indus et rappels non détectés au bout de neuf mois par les dispositifs de contrôle interne ont atteint 5,7 Md€. Ils équivalent à un cinquième des montants versés pour la prime d'activité, et à un sixième des montants pour le RSA.

Dans la branche vieillesse, les erreurs en faveur ou au détriment des assurés qui affectent les prestations de retraite nouvellement attribuées ont continué à augmenter. Plus d'une pension sur sept nouvellement attribuée en 2019 a ainsi comporté au moins une erreur avec incidence financière, cette proportion atteignant une pension sur cinq dans plusieurs caisses. Ces erreurs auront une portée de 1,1 Md€ sur toute la durée de versement des pensions.

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

Les états financiers du FSV ont été certifiés par son commissaire aux comptes avec une réserve motivée par l'absence de dispositif de financement externe des dettes du fonds à l'égard de la branche vieillesse du régime général (soit 9,9 Md€ fin 2019). Ces dettes correspondent aux déficits 2016 à 2019 du fonds qui n'étaient pas repris par la Cades à la clôture des comptes de l'exercice 2019.

Les commissaires aux comptes du régime agricole ont reconduit une réserve pour limitation aux travaux d'audit au titre des flux notifiés par la branche maladie et par l'activité de recouvrement du régime général, ainsi que par l'État, motivée par les réserves formulées par la Cour sur les états financiers de ces entités.

L'absence de contrôles sur les assiettes déclarées par la RATP, qui permettraient de s'assurer de l'exhaustivité des cotisations dues, a conduit les commissaires aux comptes de la CRPRATP à reconduire leur réserve sur les états financiers de cet organisme.

Les comptes des autres régimes ont été certifiés sans réserve. Les opinions des auditeurs externes des régimes comportant des enjeux réduits (cf. tableau n° 13 *supra*) n'ont pas toutes été transmises à la Cour.

II - Avis de la Cour sur la cohérence du tableau patrimonial au 31 décembre 2019

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, ce 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 l'objet de ses rubriques sont détaillés 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 : 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 2019

Le tableau patrimonial au 31 décembre 2019 présenté ci-après figure à l'annexe A visée à l'article 2 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 soumis à l'approbation du Parlement.

Tableau n° 14 : tableau patrimonial au 31 décembre 2019

ACTIF (en Md€)	2019	2018	Variation	PASSIF (en Md€)	2019	2018	Variation
IMMOBILISATIONS	7,4	7,3	0,1	CAPITAUX PROPRES	-61,4	-77,0	15,6
Immobilisations non financières	5,2	5,0	0,2	Dotations	20,7	22,3	-1,6
Régime général	4,3	4,2	0,1	Régime général	0,2	0,2	0,0
Autres régimes	0,9	0,8	0,1	Autres régimes	7,0	6,4	0,5
FSV	0,0	0,0	0,0	FSV	0,0	0,0	0,0
CADES	0,0	0,0	0,0	CADES	0,2	0,2	0,0
FRR	0,0	0,0	0,0	FRR	13,4	15,5	-2,1
Prêts, dépôts de garantie et autres	1,4	1,4	-0,1	Réserves	22,2	21,6	0,6
Régime général	1,1	1,1	0,0	Régime général	3,8	3,8	0,0
Autres régimes	0,3	0,3	0,0	Autres régimes	7,3	7,7	-0,4
FSV	0,0	0,0	0,0	FSV	0,0	0,0	0,0
CADES	0,0	0,0	0,0	CADES	0,0	0,0	0,0
FRR	0,0	0,0	0,0	FRR	11,1	10,1	0,9
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale (Ugcam, UIOSS)	0,9	0,9	0,0	Report à nouveau	-122,6	-136,9	14,3
Régime général	0,9	0,9	0,0	Régime général	-4,6	-5,0	0,5
Autres régimes	0,0	0,0	0,0	Autres régimes	-4,1	-4,3	0,1
FSV	0,0	0,0	0,0	FSV	-8,4	-6,6	-1,8
CADES	0,0	0,0	0,0	CADES	-105,5	-121,0	15,4
FRR	0,0	0,0	0,0	FRR	0,0	0,0	0,0
				Résultat de l'exercice	15,4	14,9	0,4
				Régime général	-0,3	0,5	-0,8
				Autres régimes	0,1	-0,2	0,4
				FSV	-1,6	-1,8	0,2
				CADES	16,3	15,4	0,8
				FRR	0,8	0,9	-0,1
				Autres	2,9	1,1	1,8
				Régime général	0,0	0,0	0,0
				Autres régimes	0,0	0,0	0,0
				FSV	0,0	0,0	0,0
				CADES	0,0	0,0	0,0
				FRR	2,9	1,1	1,8
				PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES	17,2	17,5	-0,3
				Régime général	14,8	15,4	-0,5
				Autres régimes	2,0	2,0	0,1
				FSV	0,1	0,1	0,0
				CADES	0,1	0,1	0,0
				FRR	0,0	0,0	0,0
				Autres attributaires (AOT, CNSA...)*	0,1	0,0	0,1
ACTIF FINANCIER	57,9	55,8	2,1	PASSIF FINANCIER	132,5	142,6	-10,1
Valeurs mobilières et titres de placement	45,1	43,4	1,8	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, ECP)	118,6	131,1	-12,5
Régime général	0,0	0,0	0,0	Régime général (échéance < 1 an)	26,5	23,1	3,4
Autres régimes	12,9	11,5	1,4	CADES (échéance < 1 an)	21,4	20,3	1,1
FSV	0,0	0,0	0,0	CADES (échéance > 1 an)	70,7	87,7	-17,0
CADES	0,0	0,0	0,0	Dettes à l'égard d'établissements de crédit	6,4	6,1	0,3
FRR	32,3	31,8	0,4	Régime général (y compris prêts CDC)	5,1	4,8	0,4
Encours bancaire	12,1	12,0	0,1	Autres régimes (y compris prêts CDC)	0,3	0,3	0,0
Régime général	1,5	2,2	-0,7	FSV	0,0	0,0	0,0
Autres régimes	6,4	6,8	-0,4	CADES	1,0	1,0	0,0
FSV	0,0	0,1	0,0	FRR	0,0	0,0	0,0
CADES	3,1	2,3	0,8	Dépôts	0,4	0,4	0,0
FRR	1,1	0,7	0,4	ACOSS	0,4	0,4	0,0
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,6	0,5	0,2	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,2	0,0	0,2
CADES	0,3	0,4	0,0	ACOSS	0,2	0,0	0,2
FRR	0,3	0,1	0,2	CADES	0,0	0,0	0,0
				FRR	0,0	0,0	0,0
				Autres	6,8	5,0	1,8
				Régime général	0,0	0,0	0,0
				Autres régimes	5,7	4,8	1,0
				CADES	1,1	0,3	0,8
ACTIF CIRCULANT	83,4	77,3	6,1	PASSIF CIRCULANT	60,4	57,4	3,0
Créances de prestations	9,2	9,1	0,2	Dettes à l'égard des bénéficiaires (yc CAP)	30,5	29,8	0,6
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	8,5	8,5	0,0	Dettes à l'égard des cotisants (yc CAP)	2,1	2,4	-0,3
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et impôts de sécurité sociale	47,8	43,2	4,6				
Créances sur l'Etat, autres entités publiques et organismes de sécurité sociale	10,9	10,7	0,2	Dettes à l'égard de l'Etat, autres entités publiques et organismes de sécu. (yc CAP)	11,4	11,0	0,4
Produits à recevoir de l'Etat	0,6	0,7	0,0				
Autres actifs (débiteurs divers, comptes d'attente et de régul.)	6,3	5,2	1,0	Autres passifs (crédeurs divers, comptes d'attente et de régul.) (yc CAP)	16,5	14,2	2,3
TOTAL DE L'ACTIF	148,7	140,5	8,2	TOTAL DU PASSIF	148,7	140,5	8,2

Source : direction de la sécurité sociale

Le tableau patrimonial au 31 décembre 2019 traduit la poursuite de l'amélioration de la situation patrimoniale de la sécurité sociale, dans le prolongement des précédents exercices.

Par analogie avec la présentation du compte général de l'État, le montant présenté en capitaux propres (-61,4 Md€ au 31 décembre 2019) pourrait être assimilé à la situation nette consolidée des entités entrant dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale.

En 2019, les capitaux propres se sont améliorés de 15,6 Md€ (après 11,6 Md€ en 2018 et 12,8 Md€ en 2017) :

- le résultat net d'ensemble est positif, en 2019, à hauteur de 15,4 Md€, soit une amélioration de 0,4 Md€ par rapport à 2018. Il traduit les soldes excédentaires de la Cades et du FRR, soit respectivement 16,3 Md€ et 0,8 Md€ (contre 15,4 Md€ et 0,9 Md€ en 2018)⁸⁴. En revanche, le FSV a enregistré un solde négatif (-1,6 Md€ en 2019 contre -1,8 Md€ en 2018), de même que le régime général (-0,3 Md€ contre +0,5 Md€ en 2018), tandis que celui des autres régimes a été légèrement positif (+0,1 Md€ en 2019 contre -0,2 Md€ en 2018) ;
- le report à nouveau (-122,6 Md€ au 31 décembre 2019, dont -105,5 Md€ au titre de la Cades) reflète les soldes déficitaires des branches du régime général et du FSV au titre des années antérieures, pour une grande part transférés à la Cades. Compte tenu de l'affectation des soldes 2018 positifs de la Cades (15,4 Md€) et du FRR (0,9 Md€), le report à nouveau apporte une contribution positive à la variation des capitaux propres (à hauteur de 14,3 Md€). Sous l'effet de l'affectation des soldes 2018, le report à nouveau du régime général s'améliore de 0,5 Md€, tandis que ceux du FSV et des autres régimes se dégradent respectivement de 1,8 Md€ et de 0,2 Md€.

⁸⁴ 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. Créé pour concourir au financement à long terme des régimes de retraite de base, le FRR verse annuellement 2,1 Md€ à la Cades entre 2011 à 2024 en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. La loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie prévoit, au-delà de 2024, un versement annuel de 1,45 Md€ du FRR à la Cades, sans limitation de durée et donc implicitement jusqu'à l'extinction du fonds.

L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre le passif⁸⁵ et l'actif financiers⁸⁶, atteint 74,6 Md€ au 31 décembre 2019. Pour la quatrième année consécutive, il se réduit (de 12,1 Md€ par rapport à fin 2018). Cette réduction recouvre :

- une augmentation de l'endettement financier net du régime général (+4,7 Md€), qui s'établit à 30,8 Md€ au 31 décembre 2019, dont 25,6 Md€ portés par l'Acoss⁸⁷ ;
- une nouvelle baisse de l'endettement financier net de la Cades (-15,8 Md€), qui s'établit à 90,8 Md€ au 31 décembre 2019. Ses passifs financiers ont baissé de 15,1 Md€, du fait de la forte diminution des emprunts obligataires (-16 Md€), atténuée par la progression des dépôts de garantie reçus (+0,8 Md€). Ces évolutions traduisent l'exercice par la Cades de sa mission d'amortissement de la dette sociale qui lui a été transférée.

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.

À cette fin, la Cour s'assure du correct 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 entités⁸⁸, 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.

⁸⁵ Pour l'essentiel, l'endettement social est porté par la Cades et par l'Acoss.

⁸⁶ Les actifs financiers sont principalement détenus par le FRR (33,4 Md€), la Cades (3,4 Md€), le régime de retraites de la Banque de France (12,7 Md€), la MSA (2,2 Md€) et l'Acoss (1,5 Md€).

⁸⁷ L'endettement financier net de l'Acoss au 31 décembre 2019 correspond au montant de ses dettes financières (27,9 Md€), déduction faite du solde de ses disponibilités au bilan (1,4 Md€). Pour l'essentiel, les dettes financières comprennent des titres émis sur les marchés monétaires de Paris et de Londres (26,6 Md€, contre 23,1 Md€ fin 2018).

⁸⁸ 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. Deux 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 2019 sont non significatifs.

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

Enfin, les éléments communiqués à la Cour par les commissaires aux comptes de la caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants (CNDSSSTI)⁸⁹ fournissent une assurance raisonnable quant à la correcte ventilation des actifs et passifs de la CNDSSSTI entre les branches du régime général de sécurité sociale, intégrées au tableau patrimonial, et les régimes (retraites complémentaires et invalidité-décès) qui ne relèvent pas de ce dernier.

*
**

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 2019 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 2021, ainsi que sur les éléments d'information qui sont 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 est soumis à l'approbation du Parlement à l'article 2 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 fournit une représentation cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2019.

⁸⁹ À la suite de la suppression de l'ex-régime social des indépendants au 1^{er} janvier 2018, la CNDSSSTI gère la protection sociale de base des travailleurs indépendants non agricoles pour le compte des branches maladie et vieillesse du régime général de sécurité sociale jusqu'au 31 décembre 2019. À compter du 1^{er} janvier 2020, cette protection est assurée directement par les branches précitées du régime général, la CNDSSSTI étant dissoute.

Elle formule néanmoins l'observation suivante :

- les réserves formulées par la Cour dans le rapport de certification des comptes de 2019 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 fiabilité insuffisante des données notifiées par certaines entités tierces (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 (10,5 Md€ au 31 décembre 2019)⁹⁰ ont été réintégrées à ses capitaux propres, en diminution de « dotations » du fonds⁹¹, compte tenu de l'absence de comptabilisation par la Cades de créances réciproques sur le FRR⁹². 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 comptable⁹³, le FRR comptabilise ses instruments financiers à une valeur de marché (32,3 Md€ au 31 décembre 2019) et, au passif de son bilan, un écart positif d'estimation par rapport au coût d'acquisition de ces mêmes actifs (2,9 Md€) ;

⁹⁰ En vue de financer une partie des reprises de déficits des branches famille, maladie et vieillesse du régime général et du FSV, la LFSS 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.

⁹¹ 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.

⁹² Dans l'annexe à ses comptes, la Cades mentionne ces ressources en tant qu'engagements reçus du FRR (hors bilan).

⁹³ Avis n° 2003-07 du conseil national de la comptabilité (CNC), modifié par l'avis n° 2008-10 du 5 juin 2008.

3. dans le cadre de l'adossement, en 2005, du financement du régime de retraite 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 (5,4 Md€ au 31 décembre 2019), 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 2019). Dans le tableau patrimonial, l'écart entre les montants comptabilisés respectivement par la Cnav et par le FRR (soit 2,4 Md€) est reclassé en produit constaté d'avance, conformément au traitement de cette opération défini par le Haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale⁹⁴ ;
4. une dette de 5,7 Md€ a été comptabilisée en contrepartie du transfert à la caisse de réserve des employés de la Banque de France, décidé par le conseil général de la Banque de France, des actifs représentatifs de la réserve spéciale pour les retraites instituée par l'établissement en 2007. Les actifs ainsi transférés à compter du 1^{er} janvier 2018 ont compris 3,2 Md€ de titres de placement et 0,9 Md€ de trésorerie adossée à la réserve spéciale, auxquels se sont ajoutées deux dotations complémentaires en trésorerie, provenant de l'affectation à la réserve spéciale d'une partie du bénéfice de la Banque de France, de 0,7 Md€ et de 1,0 Md€ respectivement, au titre de 2017 et de 2018. Ce passif initialement comptabilisé en « dettes auprès des établissements de crédit » a été reclassé, dans le tableau patrimonial, en « autres dettes », compte tenu de la nature de l'opération et afin d'améliorer la qualité de l'information financière ;

⁹⁴ Dont les missions ont, depuis lors, été confiées au conseil de normalisation des comptes publics (CNoCP).

5. comme les années précédentes, les titres de participation, inscrits initialement en immobilisations par les entités détentrices, sont reclassés en valeurs mobilières et titres de placement, pour un montant de 3,5 Md€⁹⁵ (3,2 Md€ en 2018). Si ces actifs ne répondent pas strictement à la définition comptable des valeurs mobilières de placement⁹⁶, ce reclassement permet de présenter l'ensemble des actifs financiers à une même rubrique (« Actif financier »).

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, la Cour note que les états financiers du FRR au 31 décembre 2019 ont été certifiés sans réserve par ses commissaires aux comptes, de même que ceux de la Cades⁹⁷.

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

⁹⁵ Ces titres, essentiellement détenus par les régimes autres que le régime général, sont principalement portés par la CNAVPL (1,3 Md€), la MSA (1,1 Md€), la CNBF (0,5 Md€) et la Banque de France (0,4 Md€).

⁹⁶ 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).

⁹⁷ 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.

Comme le précisent les opinions de certification avec réserves exprimées par la Cour sur les comptes du régime général et celles formulées par les commissaires aux comptes sur les états financiers d'autres régimes (CCMSA, 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 insuffisante des données relatives aux produits notifiées par certaines entités tierces (Acosse et État).

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

Au regard des projets communiqués à la Cour, les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial qui sont soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 fournissent une représentation cohérente du résultat et de la situation patrimoniale des entités comprises dans leurs périmètres respectifs au titre de l'exercice 2019.

Pendant, 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 :

- 1. Mettre fin aux contractions de produits et de charges dans les tableaux d'équilibre, non conformes au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale pour l'établissement des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ministère chargé des affaires sociales, ministère chargé des comptes publics) (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 à 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 branche⁹⁸

	Risque Maladie	Risque Vieillesse	Risque AT-MP
<i>Régimes de salariés</i>			
Régime agricole des salariés (MSA)	X	X	X
<i>Régimes des non-salariés</i>			
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	
<i>Régimes spéciaux</i>			
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 (CRPRATP)	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	

⁹⁸ À la suite des évolutions intervenues au 1^{er} janvier 2019.

	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	
<i>Régimes gérés par la Caisse des Dépôts et Consignations en 2019</i>			
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	
Fonds de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (Fatiac)			X
Régime d'indemnisation des sapeurs-pompiers communaux non professionnels (Risp)			X
Rentes accidents du travail (Ville 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 2019 et après prise en compte des évolutions intervenues en 2019

Chapitre II

Les dépenses d'assurance maladie

entre 2010 et 2019 : des progrès

dans la maîtrise globale des dépenses,

des réformes à intensifier

PRÉSENTATION

L'introduction en 1997 d'un objectif national pour les dépenses d'assurance maladie (Ondam), soumis chaque année au vote du Parlement à travers la loi de financement de la sécurité sociale, constituait une avancée décisive en termes de contrôle par la représentation nationale de la part, majeure en France (75 %), des dépenses de santé financées sur fonds publics.

Au cours de ses dix premières années d'existence, l'Ondam a été systématiquement dépassé, paraissant de ce fait peu crédible en tant qu'instrument de régulation des dépenses de maladie. À partir de 2010, le choix politique a été d'assurer un respect strict de l'objectif fixé annuellement par le législateur et de mettre en œuvre des outils de

annuelle de la dépense, ramenée en moyenne à 2,3 % sur la période au lieu de près de 4,3 % entre 1997 et 2009, en ligne avec les évolutions du produit intérieur brut, a ainsi été observé et, chaque année, l'objectif de dépense a été respecté depuis 2010.

Il est apparu à la Cour utile d'effectuer un bilan de la régulation des dépenses de santé par l'Ondam au cours de la dernière décennie. Ce faisant, la Cour n'entend pas revenir dans le détail sur les méthodologies de construction et de pilotage de l'Ondam, analysées en 2018⁹⁹. Elle ne souhaite pas non plus porter une appréciation sur les politiques de santé, que l'Ondam ne fait qu'encadrer sur le plan financier, ni procéder à l'analyse détaillée des marges d'efficience que recèle le système de soins français, qu'elle documente par ailleurs dans ses divers rapports. S'agissant d'un bilan couvrant la période 2010-2019, l'actualité la plus récente, comme la crise sanitaire, ou les accords dits du « Ségur de la santé », n'est pas analysée en tant que telle. L'objectif est d'éclairer l'application de la régulation financière opérée par l'Ondam aux différents segments de l'offre de soins (ville, hôpital et clinique, établissements et services médico-sociaux) et son articulation avec les politiques de réforme du système de santé.

Ce bilan souligne les acquis, à préserver, d'une régulation financière (I) dont il convient cependant de corriger les limites (II) et qu'il est nécessaire de mieux relier, dans un cadre pluriannuel, avec les différents leviers de transformation structurelle du système de santé (III).

⁹⁹ Cour des comptes, « L'objectif national de dépenses d'assurance maladie, une construction et une exécution fragiles », in *La Sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

I - La régulation des dépenses de santé par l'Ondam, des acquis à préserver

L'Ondam est devenu la référence centrale de la régulation des dépenses d'assurance maladie, à compter du moment où son respect est devenu une priorité. Le renforcement de la régulation des dépenses de santé a permis un net ralentissement de la progression annuelle des dépenses jusqu'en 2016, tout en maintenant un haut niveau de prise en charge par l'assurance maladie des dépenses de santé.

Les dépenses d'assurance maladie, une régulation délicate

Le montant global de l'Ondam représente un objectif et non un plafond de dépenses, à la différence des crédits limitatifs encadrant les dépenses budgétaires de l'État.

Il s'applique en effet à des dépenses de sécurité sociale, dont la majeure partie correspond à des remboursements de soins ou des versements de revenus de remplacement¹⁰⁰, qui constituent pour leurs bénéficiaires des droits ouverts individuels. Dès lors que les conditions prévues par la réglementation de la sécurité sociale sont respectées, notamment le principe d'une prescription par un médecin, les régimes d'assurance maladie ont ainsi l'obligation de couvrir les dépenses présentées au remboursement ou à la prise en charge.

Les dépenses résultent en outre de décisions individuelles, qu'il s'agisse du recours aux professionnels de santé, régi en France par le libre choix des patients, ou des pratiques de ces professionnels, qui exercent dans le cadre de la liberté de prescription, des règles déontologiques et des règles de l'art de leur profession.

A - Un objectif mieux respecté

1 - Le vote annuel de l'Ondam, instrument de contrôle des dépenses de l'assurance maladie par le Parlement

L'Ondam encadre l'évolution des dépenses des régimes d'assurance maladie obligatoire. Il ne s'identifie donc pas à la consommation de soins

¹⁰⁰ Indemnités journalières maladie et accidents du travail et maladies professionnelles.

de la population, mais il en représente la plus large part : en 2018, la sécurité sociale, en France, finançait 75 % de la dépense courante de santé.

Au vu de la part des dépenses de soins dont la prise en charge est assurée par la sécurité sociale, donc par des ressources issues de prélèvements obligatoires, la détermination, par le Parlement, du cadre d'évolution de ces dépenses a été décidée lors de la réforme de 1996. Prévu depuis 1997, lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale, le vote annuel de l'Ondam par le Parlement, concomitant à celui des ressources servant à financer les dépenses, exprime donc les arbitrages nécessaires pour concilier la couverture des besoins de santé de la population et les ressources publiques que la collectivité décide d'y consacrer.

Le Parlement vote non seulement l'objectif de dépenses global, mais également des sous-objectifs par secteur de l'offre de soins et par prescripteur : soins de ville, établissements de santé (publics et privés), établissements et services pour personnes âgées, établissements et services pour personnes handicapées depuis 2006, fonds d'intervention régional (Fir) depuis 2014¹⁰¹. La fixation d'objectifs différenciés permet de donner une traduction financière à certaines orientations des politiques de santé, comme le virage ambulatoire¹⁰², ou la recherche d'une plus grande efficience de gestion¹⁰³ dans le champ de l'hospitalisation à travers les réorganisations territoriales : sur la période 2010-2019, l'objectif de dépenses des soins de ville a ainsi augmenté de 24 %, contre 20 % pour celui des dépenses d'hospitalisation, la France restant cependant l'un des pays de l'OCDE pour lequel la part de l'hospitalisation est la plus élevée¹⁰⁴.

¹⁰¹ Créé juridiquement en 2012, le fonds n'a été doté qu'à partir de 2014. Cf. chapitre V « Les financements par dotation aux établissements de santé (Migac et Fir) : une simplification nécessaire » du présent rapport.

¹⁰² Cf. Cour des comptes, « Le virage ambulatoire du système de santé, de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital », in *La Sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁰³ Cf. chapitre IV « Les groupements hospitaliers de territoire : un bilan en demi-teinte, une réforme à poursuivre » du présent rapport.

¹⁰⁴ Comparés par la part de l'hospitalisation dans la dépense courante de santé, sur 26 pays, seules la Grèce, la Pologne et l'Autriche présentent un poids de l'hospitalisation plus important que celui de la France (31,6 %), contre par exemple 27,5 % pour l'Allemagne ou 21,9 % pour la Suède.

**Tableau n° 15 : dépenses constatées par sous-objectif depuis 2010
(Md€)**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Progression annuelle 2010-2019
Soins de ville	73,7	75,6	76,8	78,2	80,6	82,5	84,4	86,9	89,0	91,4	2,4 %
Établissements de santé	68,7	70,5	72,5	73,9	75,5	76,8	78,0	78,8	80,6	82,5	2,0 %
Établissements pour personnes âgées	7,3	7,6	8,0	8,5	8,6	8,8	8,9	9,0	9,2	9,6	3,0 %
Établissements pour handicapés	9,4	9,8	9,9	10,2	10,5	10,6	10,7	10,9	11,1	11,4	2,1 %
Fir	3,3	3,3	3,3	3,3	3,1	3,2	3,1	3,2	3,3	3,5	0,8 %
Autres prises en charge	1,7	1,8	1,8	1,8	1,9	2,0	2,0	2,1	2,2	2,3	3,5 %
Ondam total	164,1	168,5	172,4	176,0	180,3	183,8	187,0	191,1	195,5	200,6	2,3 %

Dépenses calculées à champ constant

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

La progression annuelle moyenne de 2,3 % enregistrée depuis 2010 pour les dépenses de l'Ondam recouvre ainsi des évolutions contrastées :

- les soins de ville ont progressé de 2,4 % par an, sous l'effet de la hausse des honoraires médicaux et paramédicaux (dont 2,8 % pour les spécialistes jusqu'en 2019 et 5,3 % pour les infirmiers), des transports (4,2 % en moyenne annuelle¹⁰⁵) et des indemnités journalières (2,4 % en moyenne annuelle, recouvrant un faible dynamisme jusqu'en 2014, puis des progressions annuelles supérieures à 4 % après 2016), la biologie étant plus stable (+0,6 %, cette progression, après 8 ans de stabilité, tenant au remboursement du dépistage non invasif de la trisomie 21 en 2019), ainsi que les médicaments nets de remise et les dispositifs médicaux¹⁰⁶ ;

¹⁰⁵ Après neutralisation du transfert de 230 M€ de dépenses vers le sous-objectif relatif aux établissements de santé en 2019 dans le cadre de la réforme du financement des transports inter-établissements (article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019).

¹⁰⁶ Cf. chapitre VI « La régulation des dépenses de dispositifs médicaux : des actions de maîtrise à accentuer » du présent rapport.

- le sous-objectif établissements de santé a connu une hausse annuelle moyenne de 2,0 % à champ constant, recouvrant une progression de 2,4 % pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO), une progression annuelle limitée à 1,1 % pour les établissements de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (SSR) publics, et s'élevant en revanche à 3,3 % pour la psychiatrie et les SSR privés ;
- les sous-objectifs médico-sociaux personnes âgées et personnes handicapées ont respectivement vu leurs dépenses croître de 3,0 % et de 2,1 % en moyenne annuelle ;
- les autres prises en charge, qui correspondent notamment aux dépenses à l'étranger des assurés des régimes français d'assurance maladie (dont la prise en charge hors de France de personnes handicapées et les frais d'assistance médicale à la procréation engagés par les Français dans des pays européens) ont crû en moyenne de 3,5 % tout au long de cette période.

En conséquence, la structure de l'Ondam s'est légèrement modifiée au cours de la période : la part des soins de ville est passée de 44,9 % en 2010 à 45,6 % en 2019 à périmètre constant, celle des établissements de santé diminuant de 41,9 % à 41,1 %.

2 - Malgré un resserrement marqué jusqu'en 2016, un objectif globalement respecté depuis dix ans

En six ans, le taux de progression de l'Ondam a été ramené de 3 % en 2010 à 1,8 % en 2016. Ce ralentissement, dans un contexte financier dégradé, a été facilité par la décélération de l'inflation, ramenée en moyenne à 1,1 % entre 2010 et 2019, contre 1,7 % durant la décennie précédente.

Alors même qu’avec des taux de progression beaucoup plus élevés, il n’avait jamais été respecté entre 1997 et 2009¹⁰⁷, le niveau de l’Ondam fixé chaque année en loi de financement de la sécurité sociale n’a plus été dépassé en exécution entre 2010 et 2019. Durant cette période, le comité d’alerte sur l’évolution des dépenses d’assurance maladie, qui doit saisir les ministres de tout risque sérieux de dépassement de l’Ondam supérieur à 0,5 %¹⁰⁸, n’a jamais eu l’occasion de le faire¹⁰⁹. En 2020, le comité d’alerte n’a pas jugé utile, lors de son avis rendu le 30 mai, de notifier une alerte justifiant l’engagement de la procédure de mesures de redressement, puisqu’il avait été informé par un courrier des ministres chargés de la santé et des comptes publics en date du 20 mai de l’intention du Gouvernement de proposer à l’occasion de la prochaine loi de financement une rectification à la hausse de l’Ondam pour 2020 afin d’intégrer les dépenses supplémentaires dues à la crise sanitaire.

Le respect global de l’Ondam entre 2010 et 2019 doit cependant être nuancé par l’analyse des évolutions dans le temps et par secteur.

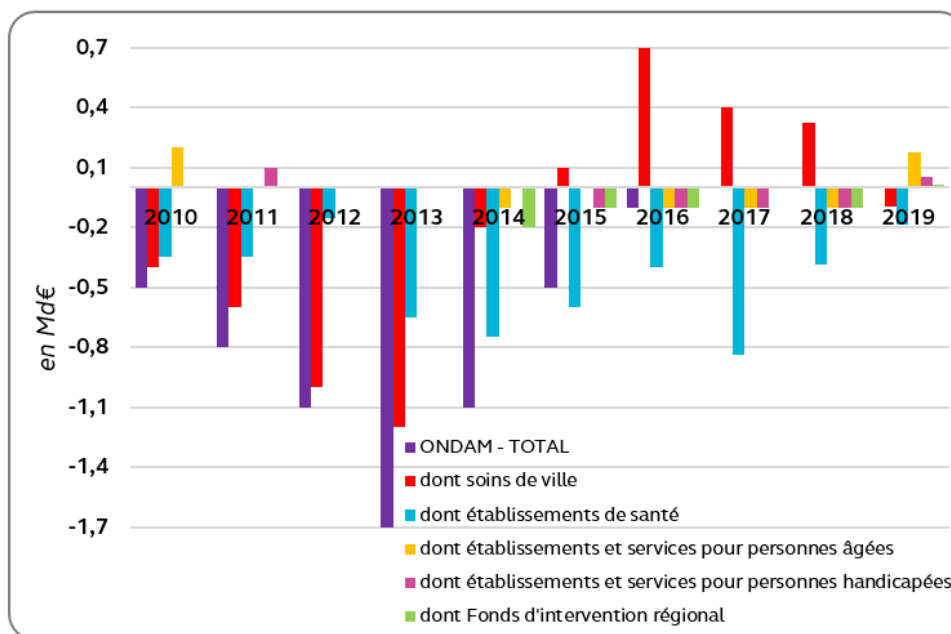
Deux sous-périodes peuvent être distinguées : durant la première partie de la dernière décennie, les dépenses ont évolué sensiblement en deçà des objectifs annuels, puis à compter de 2016, elles ont été quasiment égales à l’objectif annuel sans toutefois jamais le dépasser.

¹⁰⁷ Plus d’1 Md€ de dépassement en moyenne annuelle entre 2004 et 2009.

¹⁰⁸ Ce seuil, initialement fixé à 0,75 %, a été abaissé progressivement à 0,5 % entre 2011 et 2013.

¹⁰⁹ Antérieurement, en 2007, le comité avait dès le mois d’avril alerté le Gouvernement sur un risque de dépassement de 2 Md€, lequel a pris des mesures de redressement pour un total de 400 M€, qui n’ont pas empêché un dépassement de l’objectif à hauteur de 2,9 Md€ à la fin de l’année 2007.

Graphique n° 6 : exécution de l'Ondam et de ses sous-objectifs depuis 2010 (écart par rapport à la prévision)



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

Par ailleurs, alors que jusqu'en 2013, les dépenses de soins de ville étaient inférieures au sous-objectif les encadrant, la situation s'est inversée à partir de 2015 et ce, jusqu'en 2018. De leur côté, les dépenses des établissements de santé financées par l'assurance maladie sont constamment restées en deçà de l'objectif annuel, l'écart, quoique s'amenuisant, compensant le dépassement constaté sur les soins de ville¹¹⁰. Toutefois, le respect par les établissements de santé, dans leur ensemble, de l'objectif les concernant, s'est accompagné de déficits importants pour certains d'entre eux¹¹¹ et d'une progression globale de la dette des hôpitaux (30,5 Mds€ en 2018).

¹¹⁰ Les deux sous-objectifs relatif au secteur médico-social, correspondant aux versements annuels faits par l'assurance maladie à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ne sont pas, par construction, susceptibles d'être dépassés en fin d'exercice.

¹¹¹ Les déficits des établissements publics de santé représentaient 875 M€ en 2017 et 660 M€ en 2018. Les résultats 2019 ne seront disponibles qu'à la fin 2020, en raison du report à septembre de la date de clôture de leurs comptes, motivée par la crise sanitaire.

3 - Un desserrement en fin de période

La loi de programmation des finances publiques 2018-2022¹¹² imprime une nouvelle direction à la trajectoire de la dépense de l'Ondam, que la loi de programmation entendait stabiliser à un taux de croissance annuel de 2,3 %.

Cependant, ce taux a été relevé à 2,5 % pour 2019 dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie « Ma santé 2022 »¹¹³. Puis la crise des urgences suivie de la crise hospitalière ont conduit à rehausser à 2,45 % l'Ondam inscrit dans la loi de financement pour 2020, dont la divergence par rapport à la trajectoire de la loi de programmation était ainsi accentuée, avant même la crise sanitaire.

B - Des niveaux de dépenses et de prise en charge élevés

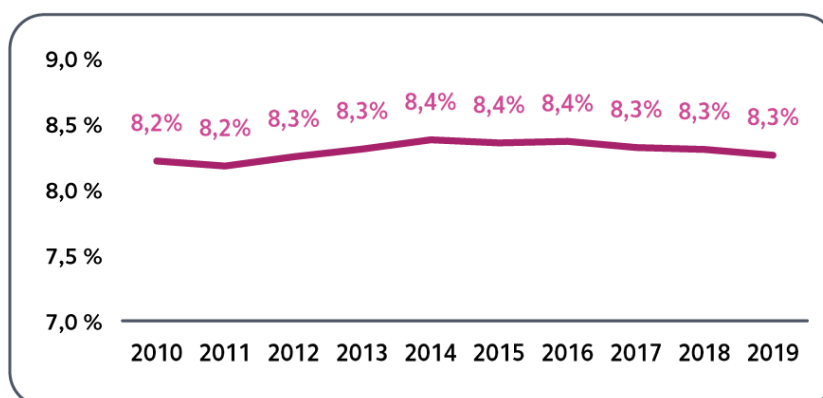
1 - Une part du PIB consacrée aux dépenses de santé stabilisée et restant parmi les plus élevées des pays européens

La progression des dépenses d'assurance maladie a significativement ralenti en France depuis 2010, l'Ondam rapporté au PIB étant stabilisé à champ constant autour de 8,3 % au cours des dernières années, soit un niveau élevé plaçant la France au premier rang des pays européens, à égalité avec l'Allemagne, et devant le Royaume-Uni, l'Espagne ou l'Italie.

¹¹² Loi du 22 janvier 2018.

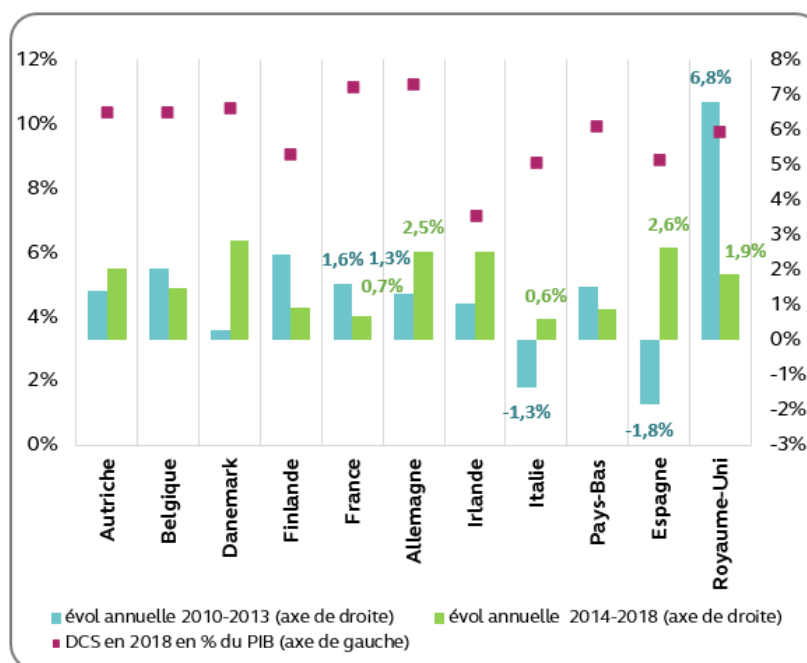
¹¹³ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Graphique n° 7 : Ondam rapporté au PIB (en %)



Source : Cour des comptes, données Insee

Graphique n° 8 : évolution des dépenses de santé en Europe



DCS : dépense courante de santé.

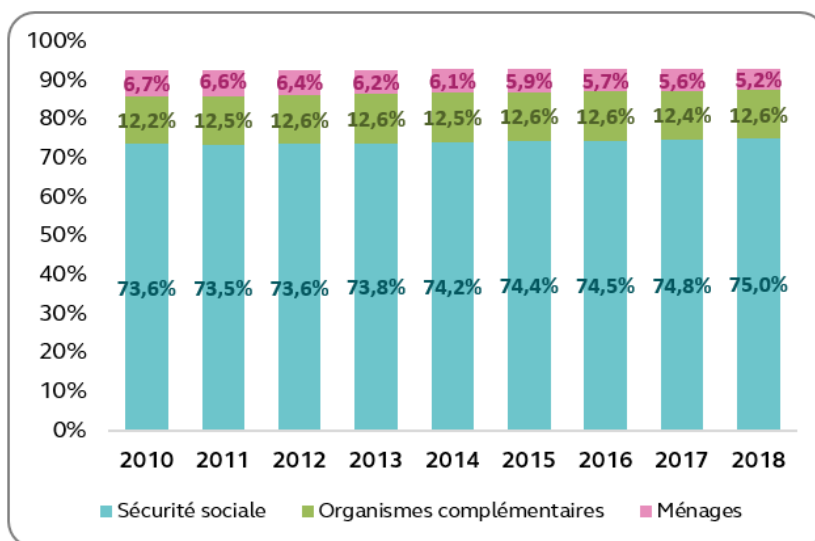
Source : OCDE

2 - Un haut niveau de prise en charge

Le resserrement du taux de progression de l'Ondam n'a pas entraîné un amoindrissement de la part socialisée des dépenses de santé. La réduction du périmètre de biens et services pris en charge par l'assurance maladie par des remboursements ou la mise à contribution des assurés, comme cela avait pu être pratiqué antérieurement¹¹⁴, a en effet été écartée comme moyen de maîtrise de l'évolution des dépenses.

Grâce à l'augmentation constante de la part de l'assurance maladie obligatoire, la part de la dépense de santé restant à la charge des ménages a même légèrement baissé, la France restant ainsi le pays d'Europe dans laquelle cette dernière est la plus faible.

Graphique n° 9 : contribution de l'assurance maladie à la couverture des dépenses de santé



Source : direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques

N.B. Le solde à 100 % est composé de diverses dépenses financées notamment par l'État et les collectivités locales.

¹¹⁴ La dernière évolution en ce sens a été l'institution de la franchise médicale par l'article 52 de la loi de financement pour 2008.

II - Une régulation annuelle perfectible dans son élaboration et sa mise en œuvre

Une meilleure information du Parlement est souhaitable sur la construction et le suivi des mesures destinées à respecter le cadrage financier de l'Ondam. La régulation annuelle des dépenses doit cependant concerner l'ensemble des secteurs de l'offre de soins.

A - Des améliorations techniques possibles

Le pilotage de l'Ondam et de ses sous-objectifs soulève des questions relatives à sa méthode de construction et à l'outillage servant à piloter son exécution dans les différents secteurs de l'offre de soins. Il exige précision et rigueur dans la mesure de son respect.

1 - Les faiblesses méthodologiques de la construction de l'objectif

La Cour a évoqué à plusieurs reprises¹¹⁵ les incertitudes techniques du mode de construction de l'objectif annuel, qui repose sur une estimation de l'évolution tendancielle des dépenses, la prise en compte des mesures nouvelles envisagées, et l'identification des économies attendues du système de santé (4,2 Md€ en 2018 et 3,8 Md€ en 2019).

Il n'est pas anormal que cet exercice présente un certain caractère conventionnel et normatif. Toutefois, il y a lieu d'éviter des biais, dont l'effet répété chaque année pourrait entraîner sur une plus longue période des conséquences qui ne seraient pas souhaitées.

L'évolution tendancielle des soins de ville est calculée en prolongeant la consommation de soins constatée les années précédentes, puis en redressant cette consommation des actions de maîtrise médicalisée (lutte contre l'usage abusif des antibiotiques, promotion des génériques, etc.). Une fois intégrées les mesures nouvelles, la progression tendancielle ainsi mesurée se situe au-delà de 5 % par an (5,1 % en 2018, 5,2 % en 2019). Toutefois, la Cour a régulièrement souligné que l'évaluation de

¹¹⁵ Notamment, Cour des comptes, *La Sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2016 et octobre 2018 ; *La Sécurité sociale – la situation financière de la sécurité sociale en 2018*, juin 2019 ; La Documentation française, disponibles sur www.ccomptes.fr.

l'évolution tendancielle spontanée des dépenses servant à construire l'Ondam devrait tenir compte des économies de maîtrise médicalisée réalisées les années antérieures.

L'évolution tendancielle des soins hospitaliers n'est pas calculée comme celle des soins de ville par une approche statistique, en raison d'éléments exogènes¹¹⁶ difficilement prévisibles, qui ont un impact sur la progression annuelle. La méthode se fonde sur une estimation de la progression prévisionnelle des charges hospitalières, à laquelle sont ajoutées les mesures nouvelles, pour déboucher sur une évolution tendancielle de 4 % en 2018, puis 3,4 % en 2019.

Cette approche soulève toutefois des questions méthodologiques : l'exclusion des personnels en contrat à durée déterminée et des internes de l'assiette des frais de personnel sensibles à l'activité est critiquable, de même que celle de la sous-traitance générale pour l'assiette des charges à caractère médical ; l'élasticité¹¹⁷ des frais de personnel à l'activité, évaluée à 0,7, se fonde sur des études anciennes (examen de l'évolution des charges de plusieurs hôpitaux situés aux États-Unis à la fin des années 1990), qui gagneraient à être actualisées et à intégrer les gains de productivité progressivement réalisés grâce au développement de la chirurgie ambulatoire.

2 - Des mesures d'économies insuffisamment étayées

Les méthodes d'évaluation *ex ante* des économies sont perfectibles, de même que la façon dont elles sont constatées en exécution.

La définition des différentes mesures d'économies est souvent discutable¹¹⁸. Certaines mesures peuvent ainsi être qualifiées d'économies alors qu'il s'agit en fait d'un simple transfert de la dépense en dehors du périmètre de l'Ondam, ou de prélèvements effectués sur les réserves de certains fonds ou entités (comme la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie), ou des résultats de la lutte contre la fraude, qui prennent en compte une partie des résultats de l'année, et non l'évolution de ces résultats d'une année à l'autre.

¹¹⁶ La régulation infra-annuelle, l'ajustement des différentes dotations de financement et les ajustements prix/volume sur les tarifs.

¹¹⁷ L'élasticité d'une variable B par rapport à une variable A est la variation de B quand A varie de 1 %.

¹¹⁸ Cour des comptes, « L'objectif national des dépenses d'assurance maladie : une construction et une exécution fragiles », in *La Sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Par ailleurs, le chiffrage et le suivi des résultats de ces mesures sont également insuffisants, qu'il s'agisse de ceux affichés par l'assurance maladie en matière de maîtrise médicalisée des dépenses de soins de ville (dont le taux de réalisation était à peine supérieur à 50 % en 2019) ou par le ministère chargé de la santé en matière d'économies sur les achats hospitaliers.

À partir de 2015, deux plans pluriannuels d'économies ont été définis pour les périodes 2015-2017, et 2018-2022. Le premier prévoyait de dégager 10 Md€ d'économies autour de quatre axes : poursuite du virage ambulatoire, pertinence des soins, gradation des soins et structuration des soins de proximité. Les économies prévues par le second n'ont pas été rendues publiques dans le détail. Leur montant total attendu était estimé à 15 Md€, ce plan s'articulant autour des thématiques privilégiées dans la stratégie « Ma Santé 2022 ». Dans le principe, la mise en perspective pluriannuelle des efforts d'efficience à réaliser est pertinente. Toutefois, ces plans pèchent par l'insuffisance de la documentation des mesures, notamment des modalités de leur réalisation, ainsi que par l'absence de bouclage avec les prévisions annuelles de l'Ondam au titre des lois de financement de la sécurité sociale.

De manière générale, l'annexe 7 de la loi de financement de la sécurité sociale consacrée à l'Ondam, qui documente chaque année, de manière descriptive, l'évolution des dépenses, ne fournit à la représentation nationale aucun élément précis sur la mise en œuvre des économies prévues dans l'exercice de construction de l'objectif. Des informations figurent bien dans l'annexe 1 consacrée aux programmes de qualité et d'efficience, notamment pour ce qui concerne les mesures de maîtrise médicalisée pilotées par la caisse nationale d'assurance maladie. Néanmoins, en dépit de leur intérêt, elles ne donnent pas une vision complète des économies effectivement réalisées en cohérence avec l'ensemble de celles qui étaient attendues.

Au total, il est difficile d'identifier la part des économies attendues effectivement réalisées et de connaître leur contribution au respect de l'Ondam par rapport à l'effet des mesures de régulation sur les tarifs ou les dotations, ou à d'éventuelles sous-estimations de l'évolution tendancielle des dépenses.

3 - Des règles de calcul à mieux respecter

L'Ondam est un agrégat de dépenses, qui est construit sur la base de données comptables, et non statistiques. Même s'il n'a pas une finalité comptable, il est essentiel que son suivi d'une année sur l'autre ne soit pas faussé par l'application de traitements comptables discutables, comme ceux que la Cour a pu avoir l'occasion de relever.

C'est le cas notamment de mauvaises prises en compte de faits générateurs des dépenses et d'exercices de rattachement des dépenses et des recettes en atténuation de ces dernières. La Cour a ainsi constaté que les résultats 2019 de la branche maladie avaient été minorés à tort par l'absence de rattachement à cet exercice de produits à recevoir de remises versées par les laboratoires pharmaceutiques, ce qui a majoré à hauteur de 680 M€ le niveau de l'Ondam exécuté et augmente d'autant le déficit 2019 de la branche maladie, et à l'inverse rendra plus aisé le respect de l'objectif au titre des exercices suivants durant lesquels les remises auront effectivement été versées et seront donc déduites des dépenses.

La Cour a également constaté des changements fréquents de méthode ou de présentation qui faussent le suivi des évolutions des dépenses d'une année sur l'autre. Ainsi, la Cour a relevé qu'en 2017, comme en 2016, l'ampleur des biais de présentation avait conduit à minorer de 0,25 point le taux de progression prévisionnel de l'Ondam.

Une annexe à la loi de programmation des finances publiques, dite « charte de l'Ondam », apporte des précisions méthodologiques sur la mesure de l'objectif et de ces évolutions. La Cour a cependant recommandé¹¹⁹ que ce document soit complété pour préciser les règles relatives aux dépenses, aux recettes et aux économies.

4 - Des mécanismes de financement du secteur médico-social à simplifier

Les circuits de financement des établissements et services médico-sociaux rendent peu transparente la régulation financière de ce secteur.

¹¹⁹ Cour des comptes, « L'objectif national des dépenses d'assurance maladie : une construction et une exécution fragiles », in *La Sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Le financement du secteur médico-social

Depuis la création en 2004 de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les dépenses publiques de santé des établissements et services médicaux sociaux recensées dans l'objectif global de dépense (OGD)¹²⁰, qui a atteint 22,5 Md€ en 2019, ne sont plus intégralement répertoriées dans l'Ondam. Ce dernier représente plus de 90 % des ressources de la CNSA. Elle mobilise également à cette fin les recettes qui lui sont affectées directement (à hauteur de 1,4 M€ en 2019), complétées en tant que de besoin par des prélèvements sur fonds propres et par un ajustement de ses réserves, qui s'élevaient à 618,6 Md€ fin 2018.

Il en résulte une architecture articulant les deux sous-objectifs de l'Ondam consacrés au médico-social et l'OGD, ce deuxième objectif, plus large, n'étant pas soumis au vote du Parlement. L'OGD a pourtant une signification économique plus importante pour la CNSA, qui arrête sur sa base les dotations limitatives attribuées aux agences régionales de santé.

Les réserves de la CNSA, abondées au cours des années où l'exécution de l'Ondam médico-social et de l'objectif global de dépense (OGD) était inférieure aux prévisions, sont, de plus, mises à contribution depuis 2014 pour financer cet objectif.

Leur apport ne représente pas plus de 1 % de la dépense finale (OGD exécuté), mais l'écart entre la contribution prévue lors du vote de l'Ondam et la contribution effective est souvent significatif (-192 M€ en 2019), alors que l'OGD définitif se situe assez systématiquement en retrait par rapport à la prévision initiale, pour des montants limités (écarts de 31 M€ en 2018 et 36 M€ en 2019).

Il aurait été plus simple, plus clair et plus transparent vis-à-vis du Parlement, qui n'approuve pas l'OGD, de faire en sorte que le financement des établissements médico-sociaux *via* la CNSA soit exclusivement assuré par une enveloppe Ondam médico-social.

La loi organique relative à la dette sociale et à l'autonomie du 7 août 2020 porte les bases d'une clarification, puisqu'elle prévoit l'adjonction d'une annexe à la LFSS qui indiquera, outre les dépenses de sécurité sociale, l'évolution de la dépense nationale relative à l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, ainsi que

¹²⁰ Article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles : « *Le financement de celles des prestations des établissements et services mentionnés à l'article L. 314-3-1 qui sont à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un objectif de dépenses. Cet objectif est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget [...]* ».

les modes de prise en charge de cette dépense. Par ailleurs, en supprimant le nombre minimal de sous-objectifs que doit comprendre l'Ondam, elle rend aussi possible leur recomposition, qui pourrait résulter de l'institution d'une cinquième branche de la sécurité sociale consacrée à l'autonomie.

B - Une régulation variable selon les secteurs

Les différents secteurs ont contribué de manière différenciée au respect de l'Ondam.

1 - La contribution contrastée du secteur des produits de santé

Les dépenses de produits de santé, médicaments et dispositifs médicaux remboursées par l'assurance maladie représentaient un montant de 35,7 Md€ en 2019, soit 17,8 % de l'Ondam.

Sans que leurs dépenses constituent en tant que tel un sous-objectif, les secteurs concernés ont contribué aux économies réalisées ces dernières années. Les dépenses ont crû en moyenne à un rythme de 1,5 % par an au cours des dix dernières années, soit un rythme significativement moins rapide que celui de l'Ondam. Ces évolutions résultent des économies supportées par les fabricants et les distributeurs, principalement du secteur du médicament, qui ont pris la forme de baisses des tarifs (ou de versements de remises), plus que de diminution des volumes prescrits. Ces baisses sont fixées sous forme d'objectifs d'économies au moment de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale, le comité économique des produits de santé (CEPS) devant les réaliser l'année suivante.

Le rythme modéré de progression de la dépense doit cependant être relativisé, dans la mesure où il résulte de plusieurs dynamiques contrastées :

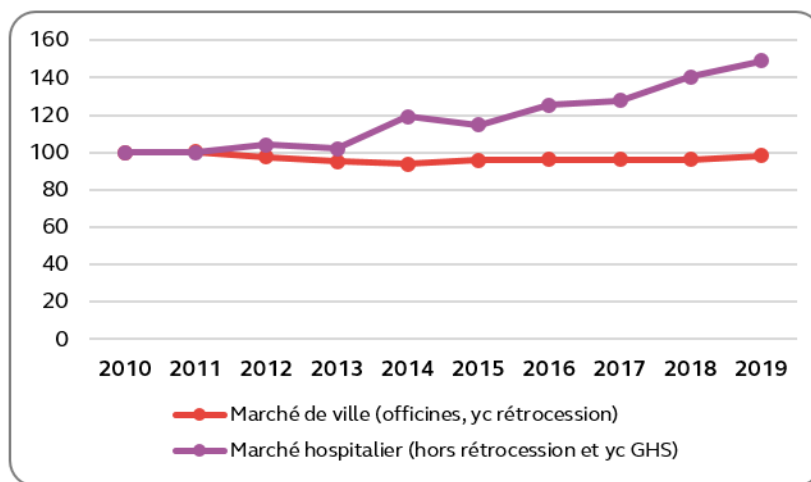
- une modération des remboursements de médicaments en ville¹²¹ (en croissance de +0,9 % par an en moyenne) ;
- la croissance forte des dépenses de dispositifs médicaux utilisés en ville, à hauteur de +4,9 % par an ;
- la progression très rapide de la dépense au titre des produits de santé onéreux et innovants, remboursés aux établissements de santé « en sus » des tarifs rémunérant les séjours, soit +6,1 % par an pour les médicaments et +3,0 % par an pour les dispositifs médicaux ;

¹²¹ Y compris certains médicaments, vendus au public par les pharmacies d'usage intérieur (PUI) des établissements de santé.

- enfin, venant en déduction de l'Ondam, le montant des remises et autres contributions reversées à l'assurance maladie par les fabricants, qui est passé entre 2010 et 2019 de 245 M€ à 2,4 Md€. Au sein de ce montant, force est de constater la faible proportion des remises relatives à des dispositifs médicaux (50 M€), ce qui renforce le constat de la faible contribution de ces produits de santé à la maîtrise de la dépense¹²².

Les principaux facteurs de hausse des remboursements de médicaments sont le résultat de l'arrivée de traitements innovants (traitements de l'hépatite C, anticancéreux, anti-rétroviraux dans une moindre mesure) : elle se traduit par une augmentation des montants vendus aux établissements de santé et prescrits dans ces derniers (cf. graphique).

Graphique n° 10 : évolution (base 100) du chiffre d'affaires des médicaments remboursés ou pris en charge par l'assurance maladie réalisé en ville et en établissements de santé (2010-2019)



Source : Cour des comptes d'après données CEPS et GERS, France métropolitaine (officines)

¹²² Cf. chapitre VI « La régulation des dépenses de dispositifs médicaux : des actions de maîtrise à accentuer » du présent rapport.

2 - Des degrés de régulation différents des secteurs de l'hospitalisation et des soins de ville.

La loi de programmation des finances publiques pour la période 2011-2014¹²³ a institué l'obligation de mettre en réserve l'équivalent de 0,3 % du montant de l'Ondam.

a) Une régulation portant fortement sur le secteur de l'hospitalisation

Principal levier infra-annuel utilisé pour garantir le respect de l'objectif, ce mécanisme permet de se prémunir contre un dépassement de celui-ci, à hauteur des réserves sur les dotations budgétaires constituées en début d'année. Il repose également sur des coefficients de minoration prudentielle des tarifs d'hospitalisation, permettant de mettre en réserve en début d'exercice une partie de la masse financière dédiée au financement de l'activité par les tarifs d'hospitalisation et d'en libérer tout ou partie en fonction des dépenses effectivement constatées au terme de l'exercice. Il a été essentiellement appliqué aux établissements de santé, et dans une moindre mesure aux établissements et services médico-sociaux¹²⁴.

Les crédits mis en réserve ont été annulés en fin d'exercice, en tout ou partie, chaque année jusqu'en 2016. À partir de 2017, le ralentissement de la progression de l'activité hospitalière, qui n'avait pas été intégré dans la construction tarifaire initiale, a conduit au versement de dotations complémentaires aux hôpitaux, neutralisant les effets du gel, voire le surcompensant en 2018 et 2019. La part du financement de l'hospitalisation tarifée à l'activité a fait par ailleurs l'objet d'une régulation prix/volume dans le cadre des campagnes tarifaires annuelles¹²⁵ jusqu'en 2018. En 2019, il a été décidé de ne plus prévoir de baisses des tarifs dans le cadre de ces campagnes, ce qui limite de ce fait l'impact du mécanisme de l'ajustement des prix en fonction des volumes.

¹²³ La loi n° 2010-1645 du 28 décembre 2010 de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014 prévoit à son article 8 que pour garantir le respect des montants fixés au II, une partie des dotations relevant de l'Ondam est mise en réserve au début de chaque exercice. Son montant ne peut être inférieur à 0,3 % de l'Ondam.

¹²⁴ En 2019, ces mises en réserve atteignaient 601 M€, réparties entre les établissements de santé (416 M€, soit 0,5 % du sous-objectif prévisionnel) et les établissements du secteur médico-social (150 M€, soit 0,7 % des sous-objectifs concernés).

¹²⁵ Les tarifs sont ajustés à l'occasion des « campagnes tarifaires » annuelles en fonction de la progression prévisionnelle d'activité, de manière à ne pas dépasser l'enveloppe prévue pour les versements tarifaires dans la construction de l'Ondam.

b) Une quasi absence de régulation des soins délivrés en ville

Les soins délivrés par les professionnels libéraux en ville n'ont pas fait l'objet d'un encadrement équivalent, à l'exception de la biologie.

La biologie, exemple d'une régulation prix volume

Les deux conventions triennales conclues par l'assurance maladie avec les biologistes libéraux pour 2014-2016 puis 2017-2019 introduisent une régulation pluriannuelle de la dépense, les tarifs diminuant temporairement en N+1 lorsque la progression des dépenses dépasse un certain taux, fixé à 0,25 % par an. Cet encadrement a permis de stabiliser la dépense jusqu'en 2019, du fait notamment des gains de productivité dégagés par l'industrialisation des processus de production des laboratoires.

Sauf cette exception, deux décennies après l'échec du système des lettres clé flottantes¹²⁶, ni l'État ni l'assurance maladie n'ont depuis tenté d'instaurer un lien entre l'évolution des rémunérations des professionnels libéraux et la progression globale de la dépense de santé.

Ondam et conventions avec les professions libérales, des logiques différentes

Le rythme des négociations menées par l'assurance maladie avec les différentes professions de santé, qui modifient pour plusieurs années le cadre conventionnel régissant les remboursements d'honoraires, s'inscrit difficilement dans le cadre annuel de l'Ondam. Il n'y a pas de lignes directrices explicites formulées par les ministres de tutelle qui encadreraient l'impact financier des revalorisations d'honoraires.

¹²⁶ Les lettres sont utilisées pour calculer le tarif des prestations des libéraux, chaque acte étant affecté d'un coefficient qui, appliqué à la valeur de la lettre clé, détermine son tarif. Introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, le système des lettres clé flottantes consistait à faire fluctuer la valeur des lettres clé en fonction de l'évolution des remboursements. Sur fond de dissensions entre l'État et l'assurance maladie, il n'a pas pu fonctionner comme mode global de régulation et a été abrogé par la loi de financement pour 2003.

Les revalorisations, accordées à l'occasion de la signature d'avenants aux conventions unissant l'assurance maladie aux praticiens libéraux, ont un impact durable sur l'Ondam soins de ville, estimé à 910 M€ pour l'année 2019 (dont 250 M€ correspondant à la revalorisation des soins dentaires conservateurs dans le cadre du « 100 % santé »¹²⁷).

Alors que la Cour préconisait, ces dernières années, l'introduction d'un mécanisme associant effectivement la médecine de ville à la régulation infra-annuelle des dépenses, la réserve prudentielle (cf. *supra*) de 120 M€, créée par la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2019, portée à 150 M€ pour 2020, ne saurait être considérée que comme l'amorce de dispositifs de régulation plus conséquents qui restent à construire¹²⁸.

III - Une articulation nécessaire entre régulation financière et réformes structurelles

La gestion de l'Ondam vise le seul respect de l'objectif annuel. Désormais l'intensification de l'action sur les déterminants de la dépense de santé et sur l'organisation du système de soins doit accompagner plus étroitement la régulation financière.

A - Une régulation annuelle indispensable, mais qui n'est pas suffisante

Si l'annualité de l'Ondam permet un pilotage précis de la dépense, les outils de régulation sont mis en œuvre dans une perspective de court terme, et à travers les seuls instruments budgétaires et tarifaires. Elle ignore en pratique les évolutions sous-jacentes des dépenses de santé.

¹²⁷ Dispositif entré en vigueur au 1^{er} janvier 2020, qui prévoit l'absence de reste à charge pour les soins dentaires relevant d'un panier précisément défini pour les assurés couverts par un contrat complémentaire santé responsable.

¹²⁸ Cette réserve est construite à partir de la majoration de l'évolution tendancielle des soins de ville prise en compte dans l'élaboration de l'Ondam annuel, compensée par des économies dont la réalisation demeure incertaine. Son montant est porté à 150 M€ par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Depuis la révision constitutionnelle de 2008¹²⁹, les lois de programmation des finances publiques encadrent, pour au moins trois ans, la trajectoire financière de l'ensemble des administrations publiques, dont les administrations de sécurité sociale, et fixent en particulier le taux d'évolution de l'Ondam pour la période concernée. Ce mode de définition, à travers un exercice de cadrage strictement financier, permet de garantir une cohérence d'ensemble des évolutions des grands postes de la dépense publique.

En revanche, l'Ondam, ainsi fixé, n'est pas la résultante d'une construction fondée sur des données prospectives des évolutions épidémiologiques. L'annexe 7, qui accompagne chaque année depuis 2006 le projet de loi de financement de la sécurité sociale est censée, selon la loi organique, éclairer le Parlement sur « *l'évolution des soins financés au regard des besoins de santé publique* ». Elle ne fournit cependant en pratique aucune analyse précise¹³⁰.

L'annexe 1, en revanche, présente le programme de qualité et d'efficience de l'assurance maladie¹³¹. Ce dernier fournit dans sa première partie des données de cadrage très complètes, notamment sur la mortalité, l'espérance de vie, la consommation de soins par habitant avec des comparaisons internationales, ou les affections de longue durée. Il présente également les cinq grands objectifs de qualité et d'efficience¹³², les résultats obtenus à travers 36 indicateurs et commente ces résultats. Cependant, la Cour a constaté que ni dans les débats, ni dans les rapports préparatoires des commissions des deux assemblées, ces éléments d'information, qui apparaissent riches et précis, n'ont été évoqués lors des discussions relatives au projet de loi de financement pour 2020. Les taux de progression de l'Ondam et de ses sous-objectifs et les différentes mesures législatives relatives à l'assurance maladie insérées dans le projet de loi de financement annuel concentrent ainsi l'objet des débats, sans que la mise en perspective des évolutions des dépenses d'assurance maladie, les leviers d'action, les freins rencontrés ou les progrès réalisés bénéficient d'un débat organisé.

¹²⁹ La révision du 23 juillet 2008 a introduit à l'article 34 de la Constitution une nouvelle catégorie de normes financières intitulées lois de programmation des finances publiques.

¹³⁰ La partie II de cette annexe, intitulée « Ondam et besoins de santé publique », ne fournit pas une analyse des besoins, mais des informations sur la politique et les outils de financement de la politique de prévention.

¹³¹ Cf. PLFSS 2020, annexe 1 « Programme de qualité et d'efficience maladie ».

¹³² Objectif n° 1 : assurer un égal accès aux soins ; objectif n° 2 : développer la prévention ; objectif n° 3 : améliorer la qualité de la prise en charge par le système de soins ; objectif n° 4 : renforcer l'efficience du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses ; objectif n° 5 : garantir la viabilité financière de la branche maladie.

Cette situation, où le champ du débat législatif annuel est circonscrit au vote de mesures financières et à la fixation des objectifs pour l'année suivante, polarise les débats sur le niveau de progression annuelle de l'Ondam, et non pas sur l'efficacité ou l'efficience des dépenses. Face à des tensions observées dans certains segments du système de santé, le niveau global des taux a ainsi été rehaussé en 2018 et 2019 de 0,2 point par rapport à celui fixé par la trajectoire des finances publiques 2018-2022, comme si aucune marge d'efficience n'était par ailleurs mobilisable.

De même, les outils utilisés pour assurer le respect annuel de l'objectif, notamment les ajustements tarifaires, peuvent créer, au fur et à mesure des années, des écarts et des distorsions par rapport au coût des facteurs de production des soins. En l'absence d'actions suffisantes sur les évolutions sous-jacentes aux dépenses de santé, cette situation pourrait remettre en cause des outils de régulation utilisés. Le Gouvernement a ainsi pris en 2018 l'engagement vis-à-vis du conseil stratégique des industries de santé de garantir pendant trois ans une augmentation annuelle de 0,5 % du chiffre d'affaires de l'ensemble des médicaments et de 3 % pour les médicaments innovants. Il a également dû s'engager, en février 2020, à l'égard des cinq fédérations de l'hospitalisation, à ne pas modifier en 2021 et 2022 les tarifs fixés pour 2020.

Enfin, l'encadrement global des dépenses d'assurance maladie par l'Ondam et les outils utilisés pour assurer son respect, notamment la régulation tarifaire, s'appliquent, localement, de manière égale quelle que soit la situation des structures financées ou celle des territoires, en termes d'adéquation entre besoins et offre de santé. Les corrections apportées par le fonds d'intervention régional (Fir) restent, à ce stade, très limitées¹³³.

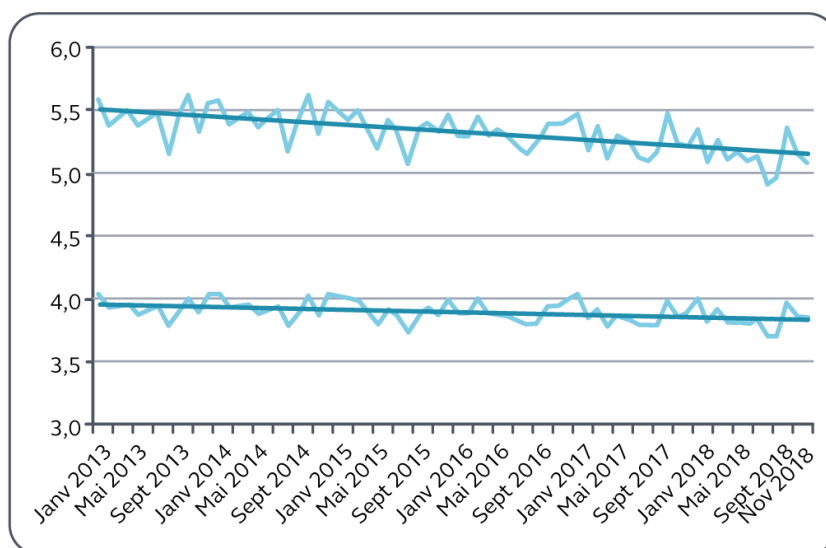
¹³³ Cf. chapitre V « Les financements par dotation aux établissements de santé (Migac et Fir) : une simplification nécessaire » du présent rapport.

B - Des démarches de recherche d'efficience et de qualité à intensifier

La maîtrise durable de l'évolution des dépenses de santé suppose qu'au côté des mécanismes visant au respect de l'objectif annuel de dépenses, un cadre pluriannuel soit institué, sous le contrôle du Parlement, afin de veiller à une plus grande efficience et une meilleure qualité des soins, par la définition de leviers d'action concrets, la programmation de leur mise en œuvre et l'évaluation des gains attendus.

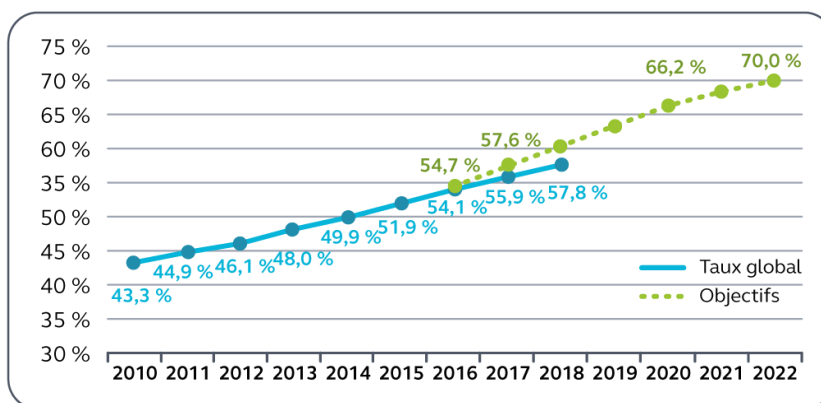
L'annualité de l'Ondam ne correspond pas à la temporalité plus longue des évolutions des comportements de consommation ou d'offre de soins, comme l'illustrent, parmi de multiples exemples possibles, les graphiques ci-après relatifs aux progrès accomplis en matière de réduction de la poly-médication, facteur de risque iatrogène¹³⁴, ou d'augmentation du taux global de recours à la chirurgie ambulatoire.

Graphique n° 11 : la lente réduction de la poly-médication



Source : programme de qualité et d'efficience (PQE) assurance maladie 2020, page 143
Champ : patients consommateurs de médicaments, tous régimes, France entière.

¹³⁴ La prévention de la iatrogénie médicamenteuse, c'est-à-dire des effets indésirables liés à la prise de médicaments ou des interactions dangereuses entre médicaments, constitue un des enjeux majeurs de santé publique.

Graphique n° 12 : taux global de chirurgie ambulatoire

Source : programme de qualité et d'efficience (PQE) assurance maladie 2019, page 155

Les actions conduites pour dégager les marges d'efficience et de qualité doivent être approfondies et intensifiées.

Le risque serait sinon de maintenir au sein d'un même secteur, que cela soit entre spécialités médicales libérales, ou entre établissements de santé ou médico-sociaux de même statut, voire entre services d'un même établissement, des situations inévitables d'excès et d'insuffisance de financement, et de rémunération et de niveau de performance. Ainsi, à l'occasion d'une enquête conduite en 2018 sur les centres hospitaliers universitaires (CHU), la Cour notait des écarts de productivité médicale très importants : pour un équivalent temps plein de médecin, 129 séjours étaient enregistrés au CHU de Nîmes contre 217 au CHU de Rouen.

La permanence de défauts de l'organisation des filières de soins se traduirait également par des conséquences dommageables pour les patients, alors que des coûts importants sont immobilisés. Une autre enquête¹³⁵ relevait que les 140 unités hospitalières qui assurent sur le territoire, 24 heures sur 24, la prise en charge des personnes victimes d'accidents vasculaires cérébraux (AVC), étaient en nombre suffisant. Toutefois, seulement la moitié des personnes victimes d'AVC bénéficiait d'une prise en charge dans ces unités, avec des fortes disparités territoriales, notamment pour des défauts dans l'organisation des parcours de soins. En effet, les structures de soins de suite, en aval, se trouvaient dans l'incapacité

¹³⁵ Cour des comptes, « La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires : une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins », in *La Sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

d'accueillir les personnes les plus dépendantes en sortie de soins aigus, ou des patients ne nécessitant pas de soins neurovasculaires se trouvant dans ces unités, en raison de difficultés ponctuelles d'accueil dans d'autres services de l'hôpital.

Ces situations ont été régulièrement documentées, que cela soit par la Cour, mais aussi par la caisse nationale d'assurance maladie ou par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, pour les soins de ville comme pour le secteur hospitalier (cf. encadré ci-après). Les travaux des inspections, qui ne sont pas systématiquement rendus publics, y concourent également.

La Cour considère¹³⁶ qu'il est possible de mettre fin à ces situations acquises et aux sources d'inefficience et de gaspillage de tous ordres, tout en améliorant en continu la qualité des soins et en garantissant leur accès pour toute la population et sur tout le territoire. Ce mouvement, engageant des réformes sur de très nombreux aspects du système de soins et de l'assurance maladie, est à concevoir comme un processus continu portant sur des périodes pluriannuelles.

Tout en maintenant un encadrement annuel, global et sectoriel, de la dépense par l'Ondam, l'enjeu des prochaines années sera de définir, selon une programmation pluriannuelle, les ajustements et restructurations indispensables, en les accompagnant, aux différents niveaux d'action possibles, national, régional et local, par des mécanismes d'incitation des professionnels de santé et des établissements pour les conduire à s'engager dans ces évolutions indispensables.

¹³⁶ Cour des comptes, *Garantir l'avenir de l'assurance maladie*, rapport public thématique, novembre 2017, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

**Quelques thématiques de qualité et d'efficience des soins
récemment documentées**

Cour des comptes¹³⁷

- 2020 : « L'insuffisance rénale chronique terminale » (*)
- 2019 : « Les transports programmés dans les secteurs sanitaires et médico-social »
- 2019 : « la politique des greffes »
- 2019 : « Les indemnités journalières »
- 2018 : « Le virage ambulatoire du système de santé »
- 2018 : « La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires »
- 2017 : « La médecine libérale de spécialité »
- 2017 : « Les activités chirurgicales : restructurer l'offre pour répondre aux enjeux d'aujourd'hui et préparer l'avenir »
- 2017 : « Le coût de distribution des médicaments »

Caisse nationale d'assurance maladie¹³⁸

- 2020 : « Développer l'exercice coordonné »
- 2019 : « L'implication des patients, la clé d'une meilleure observance »
- 2019 : « Agir pour une prescription plus responsable des produits de santé »
- 2018 : « Pour un dispositif d'appui à l'expérimentation et à la diffusion d'innovations organisationnelles »
- 2017 : « La pertinence des soins, une composante essentielle de la qualité de de la sécurité des soins »

Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

- 2020 : « Organiser la médecine spécialisée et le second recours »
- 2017 : « Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé »

¹³⁷ Rapports sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (sauf (*) : rapport public annuel 2020).

¹³⁸ Rapports « charges et produits ».

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La réduction du rythme de la progression de l'Ondam durant l'essentiel de la décennie écoulée a visé à mieux assurer la soutenabilité des dépenses publiques de santé.

Bien que les mécanismes de régulation associés à l'Ondam aient gagné en efficacité, les engagements pris en 2018 à l'égard de l'industrie pharmaceutique, puis fin 2019 à l'égard des fédérations hospitalières, ainsi que les mesures salariales décidées à l'égard des personnels hospitaliers, rompent avec les logiques de baisse de prix et des tarifs et de contrainte budgétaire qui ont sous-tendu la maîtrise de l'Ondam au cours de la dernière décennie.

Ces décisions et les tensions survenues en fin de période montrent toutefois que l'ambition nécessaire de maîtrise annuelle financière globale des dépenses doit, pour être plus durablement efficace, s'accompagner d'une mobilisation des différents leviers d'efficience au sein du système de santé.

De multiples études ou rapports témoignent de l'existence de gisements nombreux dont l'exploitation permettrait d'offrir à l'ensemble des assurés sociaux des soins de qualité égale ou meilleure à des coûts maîtrisés. Parallèlement à la fixation des objectifs annuels de dépenses, il apparaît donc nécessaire de définir dans une programmation pluriannuelle, soumise au Parlement et à son contrôle, des actions à engager et à conduire pour, à la fois, améliorer la qualité des soins et en maîtriser le coût pour la collectivité.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 2. accroître la robustesse des trajectoires tracées par l'annexe B de la loi de financement de la sécurité sociale en les adossant à une analyse des principales variables (épidémiologie, gains de productivité, innovation, évolution des comportements de consommation de soins, évolutions démographiques), ainsi qu'à la définition et à la programmation des actions à engager et à conduire pour en assurer le respect tout en préservant et améliorant la qualité des soins (ministère chargé des affaires sociales) ;*
- 3. améliorer la qualité et la rigueur des évaluations des gains d'efficience figurant à l'annexe 7 des lois de financement de la sécurité sociale et constatés au titre du dernier exercice clos (ministère chargé des affaires sociales) ;*

4. *accroître la contribution des soins de ville à l'effort de régulation des dépenses de santé, en mettant en place un dispositif permettant de compenser un dépassement des objectifs (ministère chargé des affaires sociales, Cnam).*
-

Chapitre III

L'évolution des dépenses de prestations familiales et d'assurance retraite : des réformes et des effets importants pour les assurés

PRÉSENTATION

Depuis 1993 pour la retraite et plus récemment pour les prestations familiales, de nombreuses réformes ont été mises en œuvre dont l'impact sur l'évolution des dépenses est sensible. À la différence de ce qui a été le cas pour l'assurance maladie, ces réformes ont procédé à des choix touchant directement les assurés, portant notamment sur les conditions d'accès aux prestations et sur leur montant. Le présent chapitre en dresse un bilan sur le plan financier, et souligne aussi leurs effets contrastés sur la situation des assurés.

Les prestations familiales ont pour objectifs de contribuer à la compensation financière des charges de famille, en particulier pour les familles vulnérables, et d'aider à concilier la vie familiale et la vie professionnelle. Les réformes analysées ici sont exclusivement celles apportées depuis 2012 aux prestations familiales monétaires¹³⁹ versées par la branche famille, qui représentaient 31,3 Md€ en 2019. Elles ne constituent cependant qu'une partie de la politique familiale, laquelle a fait l'objet d'une analyse d'ensemble par une précédente enquête de la Cour¹⁴⁰.

S'agissant des retraites (324,9 Md€ en 2018 soit 13,8 % du PIB), les réformes se sont succédé pour les régimes de base (1993, 2003, 2008, 2010 et 2014). Elles ont été complétées par les accords relatifs aux régimes complémentaires Agirc et Arrco (une dizaine depuis 1993). Dans un contexte de vieillissement de la population et de croissance économique ralentie, ces réformes ont cherché à freiner la progression des dépenses en modifiant le calcul des pensions (et leur revalorisation) et en augmentant les âges de départ à la retraite. Elles ont également prévu des mesures de solidarité et d'équité pour prendre en compte la pénibilité et les carrières longues ou en faveur des plus petites retraites. Elles ont dû cependant être complétées par l'accroissement des ressources allouées au système de retraite.

Les dépenses de prestations familiales (I) ont été stabilisées en euros courants depuis 2016, la baisse des prestations liées à la petite enfance ayant permis un ciblage accru des prestations vers les familles aux revenus faibles et modestes. Les réformes des retraites (II) ont conduit à d'importantes économies, qui reposent sur des efforts inégalement partagés entre les assurés, sollicitant particulièrement les jeunes générations et les assurés les moins aisés.

¹³⁹ Définies par l'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale.

¹⁴⁰ Outre les prestations légales, les aides publiques versées par la branche famille comprennent également les prestations d'action sociale (cf. chapitre VIII du présent rapport), les aides au logement et les minima sociaux, dont le barème tient compte de la taille de la famille. L'État verse également un supplément familial de traitement aux fonctionnaires et des bourses scolaires. Enfin, des allègements d'impôt sur le revenu sont consentis aux familles. Cf. Cour des comptes, « Les aides publiques aux familles », in *La sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2017, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

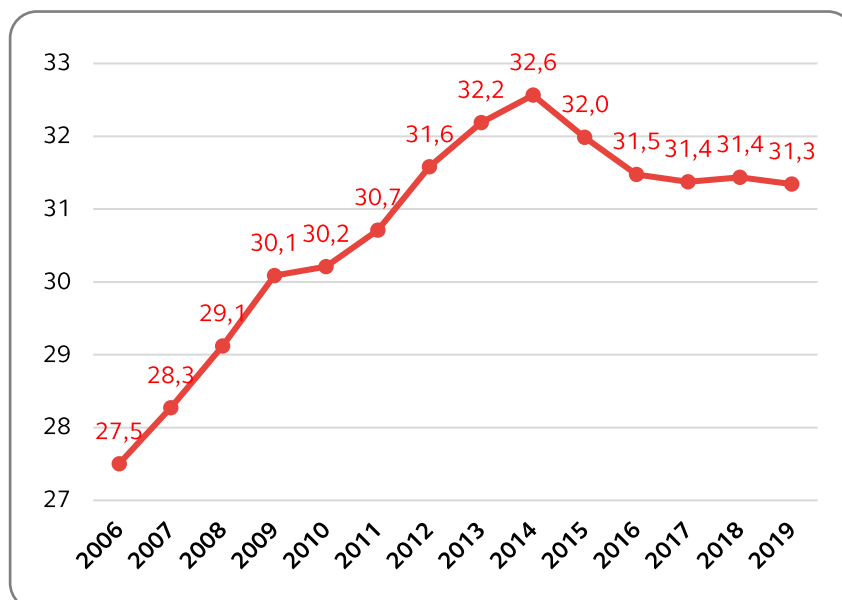
I - Les prestations familiales : des dépenses stabilisées, une redistribution accrue

A - Une stabilisation des dépenses résultant du ralentissement de la natalité et d'une indexation partielle sur l'inflation

1 - Une baisse des dépenses de prestations familiales après un point haut en 2014

Après avoir connu une augmentation soutenue (+2,2 % par an en moyenne) depuis le début des années 2000, les dépenses annuelles de prestations familiales ont atteint un point haut en 2014 (32,6 Md€) puis se sont stabilisées en valeur à environ 31 Md€ à partir de 2016.

Graphique n° 13 : évolution des dépenses de prestations familiales* (en Md€ courants)

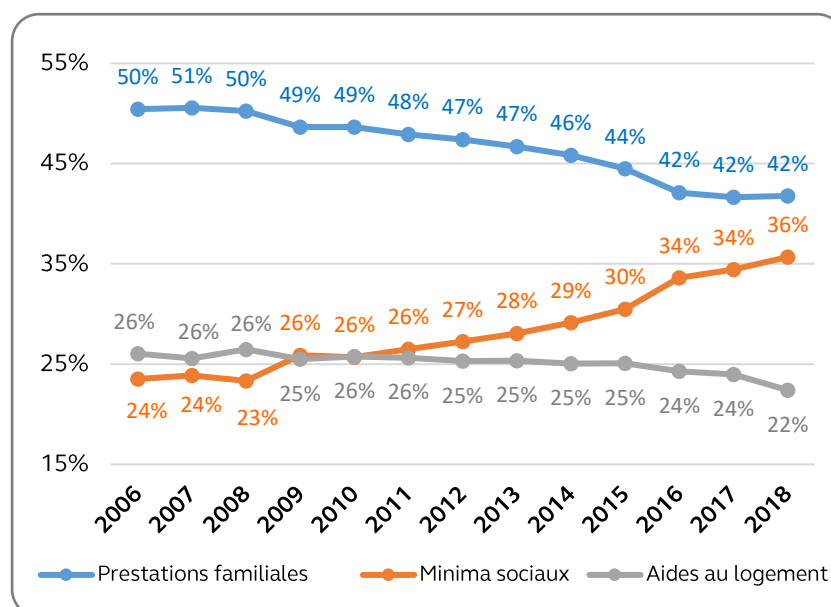


* Hors logement depuis 2006 et hors allocation de parent isolé – API – et allocation aux adultes handicapés – AAH – jusqu'en 2009,

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

La part des dépenses de prestations familiales au sein de l'ensemble des prestations légales versées par les caisses d'allocations familiales (Caf)¹⁴¹ reflue continûment depuis 2008, passant de 50 % (29,2 Md€ sur 58,1 Md€) à 42 % (31,3 Md€ sur 75,4 Md€) en 2019, au profit des dépenses de minima sociaux assurées pour le compte de l'État (prime d'activité, allocation aux adultes handicapés) et des départements (revenu de solidarité active).

Graphique n° 14 : évolution de la répartition des prestations légales versées par la branche famille



Source : Cour des comptes à partir des programmes de qualité et d'efficience (PQE) annexés aux projets de lois de financement de la sécurité sociale

¹⁴¹ Les Caf versent également, parmi les prestations légales, des aides au logement (16,9 M€ en 2018) et des minima sociaux pour compte de tiers, c'est-à-dire de l'État et des départements (26,9 Md€ en 2018). Les aides d'action sociale (5,5 Md€ en 2018, cf. chapitre VIII) ne font pas partie des prestations légales. Source : programmes de qualité et d'efficience annexés aux projets de loi de financement de la sécurité sociale et comptes combinés de la branche famille.

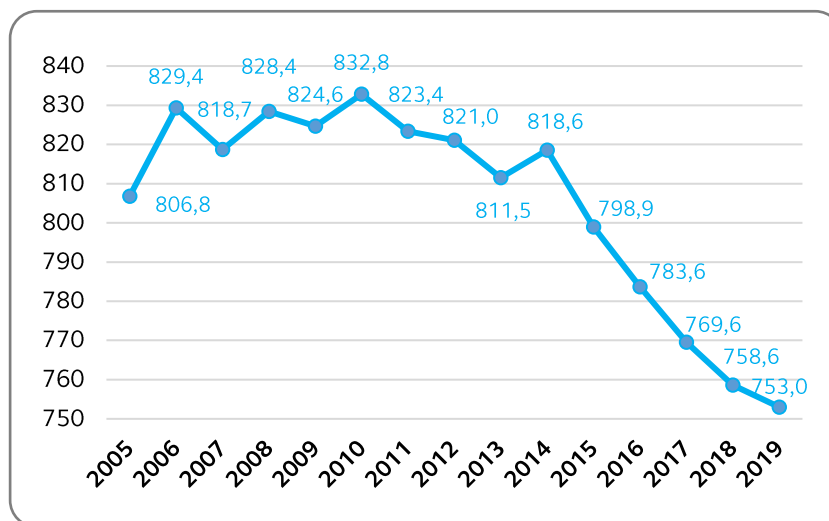
Alors qu'il constituait la mission historique de la branche famille, le service des prestations familiales représente en 2019 moins de la moitié des prestations légales servies par la branche.

2 - L'impact important de la baisse de la natalité

Longtemps demeuré une exception au sein de l'Union européenne, le dynamisme de la natalité française s'est essoufflé à partir de 2011. À compter de cette date, et même si la France demeure le pays le plus fécond d'Europe devant la Suède, le nombre de naissances est en baisse continue¹⁴².

On constate ainsi en 2019 (753 000 naissances), 65 000 naissances annuelles de moins qu'en 2014 (818 000 naissances), soit une baisse de 8 % du nombre de naissances entre ces deux années.

**Graphique n° 15 : nombre de naissances* en France depuis 2005
(en centaines de milliers)**



* Enfant né vivant (dont Mayotte depuis 2014)

Source : Insee Première n° 1789, janvier 2020

¹⁴² L'apparent ressaut de 2014 est dû à l'intégration de Mayotte dans les statistiques nationales à compter de cet exercice. 7 181 naissances ont été constatées à Mayotte pour l'année 2014. Sans l'entrée de ce département dans les statistiques nationales le nombre de naissances aurait été d'environ 811 400, soit un niveau équivalent à 2013.

Cette baisse de la natalité constatée sur les cinq dernières années a un impact important sur les dépenses de prestations liées à la garde des jeunes enfants. Le nombre des enfants âgés de 0 à 3 ans justifiant le versement de ces prestations est ainsi de 2,28 millions en 2019¹⁴³, soit 170 000 de moins (- 7 %) qu'en 2014, ce qui correspond à une moindre dépense annuelle d'environ 850 M€¹⁴⁴. Cet impact est également sensible sur les prestations dites « d'entretien » (dont essentiellement les allocations familiales) : la baisse de la natalité représente 219 000 naissances en moins (en cumulé) depuis 2014, ce qui correspond en 2019, toutes choses égales par ailleurs, à une moindre dépense sur les prestations d'entretien estimée à 250 M€ par an en euros courants¹⁴⁵.

Le moindre dynamisme de la natalité française depuis 2014 explique donc au total environ 1,1 Md€ d'économies sur les dépenses de prestations familiales en 2019.

3 - Une revalorisation des prestations inférieure à l'inflation

La revalorisation des prestations familiales a été modifiée à partir de 2016. Le montant de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF)¹⁴⁶ est désormais révisé au vu de l'inflation¹⁴⁷ constatée sur les 12 derniers mois, et non plus de l'inflation prévisionnelle. En outre, entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2019, l'indexation n'a été que très partielle : ainsi, la BMAF a augmenté de 1,7 % alors que l'inflation a été de 4,3 % en glissement.

Le montant de la sous-indexation de la BMAF par rapport à l'inflation depuis 2016 a donc généré des économies sur les prestations familiales qui peuvent être évaluées à environ 800 M€ en 2019¹⁴⁸.

¹⁴³ Données Insee et états financiers combinés de la branche famille, calculs Cour des comptes.

¹⁴⁴ *Insee Première* n° 1789, calculs Cour des comptes (données 2019 provisoires).

¹⁴⁵ Données Insee, calculs Cour des comptes.

¹⁴⁶ La BMAF sert de base de calcul à toutes les prestations familiales, qui sont exprimées en pourcentage de celle-ci. Elle est réévaluée au 1^{er} avril depuis 2012.

¹⁴⁷ Indice des prix à la consommation hors tabac.

¹⁴⁸ Soit un écart de 2,6 % au total au bout de 4 ans, appliqué à un montant de prestations annuelles de 31,3 Md€.

B - Une baisse des prestations liées à la petite enfance et un effort en faveur des familles les moins aisées

La stabilité globale des prestations familiales versées masque une évolution divergente des dépenses liées d'une part à l'accueil des jeunes enfants et, d'autre part, à l'entretien des enfants. Les réformes intervenues témoignent de choix assumés en faveur des familles les moins aisées.

1 - Des économies sur les prestations d'accueil des jeunes enfants, modulées selon les ressources

Les dépenses annuelles de prestations monétaires liées à l'accueil des jeunes enfants diminuent continûment en euros courants depuis 2013, passant de 13,1 Md€ à 11,2 Md€ en 2019, soit -14 %¹⁴⁹. La part des prestations familiales destinées à aider les parents de jeunes enfants a ainsi chuté de 41 % à 36 % du total des dépenses hors logement entre 2013 et 2019, les prestations d'entretien représentant désormais 64 % de ce total contre 58 % en 2013.

Les prestations légales d'accueil des jeunes enfants

Deux prestations facilitent la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle des parents de jeunes enfants ; elles dépendent des choix des familles concernant l'activité ou le mode d'accueil des enfants :

- le complément de libre choix du mode de garde (CMG – 6,4 Md€) prend en charge les cotisations sociales versées pour l'emploi d'une assistante maternelle, d'une garde d'enfant à domicile, ou le recours à une micro-crèche, sous réserve d'une activité minimale des parents. Il est modulé en fonction de la situation familiale et majoré pour les parents isolés ;
- la prestation partagée d'éducation de l'enfant (Prepare – 922 M€), qui a remplacé le complément de libre choix d'activité, est versée aux parents ayant cessé ou réduit leur activité professionnelle pour s'occuper de leur enfant de moins de trois ans¹⁵⁰.

¹⁴⁹ Les données sont issues des états financiers combinés de la branche famille.

¹⁵⁰ Au plus à 80 % d'un temps complet. Le parent doit justifier d'une activité antérieure : huit trimestres de cotisations vieillesse au cours des deux dernières années pour la première naissance ou bien au cours des quatre dernières années à partir du deuxième enfant. La somme des prestations Prepare versées aux deux parents ne peut excéder 398,40 euros par mois.

Les primes à la naissance ou à l'adoption (550 M€ en 2019) et l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) (3,4 Md€) sont servies sous condition de ressources. La prime à la naissance est versée avant la fin du deuxième¹⁵¹ mois de l'enfant au titre des dépenses liées à l'arrivée de l'enfant. L'allocation de base de la Paje est attribuée mensuellement aux familles jusqu'au dernier jour du mois précédant les trois ans de l'enfant.

Plusieurs réformes sont intervenues. En premier lieu, la substitution de la prestation partagée d'éducation de l'enfant (Prepaje) au complément de libre choix d'activité au 1^{er} janvier 2015 visait à limiter la durée du congé parental pris par chacun des parents en vue de favoriser le retour des femmes à l'emploi et à inciter au partage du temps de congé entre les deux parents. Elle a conduit à une baisse des dépenses de 2,03 Md€ en 2013 à 922 M€ en 2019, soit -55 % en euros courants.

La Prepaje : un bilan mitigé

Selon le bilan fait par la Cnaf¹⁵², la nouvelle prestation s'avère moins utilisée que le complément de libre choix activité et le nombre de bénéficiaires de la nouvelle prestation a fortement chuté (-43 %). Elle est rarement partagée entre les deux parents (2,5 %) et le nombre de bénéficiaires masculins est lui aussi en recul (18 750 en 2014, 16 850 en 2017). On observe en effet une sortie massive du dispositif une fois les 24 mois de l'enfant atteints, la durée étant limitée à deux ans au maximum pour chaque parent. Le nombre de bénéficiaires dont l'enfant a moins de 2 ans a également chuté de près de 25 %, du fait de la baisse de son montant pour les familles aisées.

Au total, l'institution de la Prepaje a échoué à inciter à un partage plus égal des durées de congé entre les deux parents. Elle a cependant conduit à réduire les périodes durant lesquelles les mères sont éloignées du marché du travail et des activités professionnelles.

En deuxième lieu, les dépenses d'allocation de base et de prime à la naissance ou à l'adoption, prestations sous conditions de ressources, ont également été réduites par les lois de financement de la sécurité sociale pour 2014 et pour 2018. Les dépenses correspondantes sont passées de 5 Md€ en 2013 à 3,9 Md€ en 2019.

¹⁵¹ Avant 2015, elle était versée au septième mois de grossesse.

¹⁵² Cnaf, « Bilan de la Prepaje », *E-ssentiel* n° 183 (2018).

L'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje), qui était jusqu'alors servie à un taux unique, a été scindée en un taux plein et un taux partiel de 50 % à compter du 1^{er} avril 2014, et son montant a été gelé¹⁵³. Il a ensuite été abaissé de 8,5 % pour les enfants nés à compter du 1^{er} avril 2018 à 169,02 euros mensuels pour le taux plein (contre 184,62 euros jusqu'alors), et à 84,51 euros (contre 92,31 euros) pour le taux partiel. Pour un enfant à charge, le plafond de ressources a été abaissé de 30 027 euros en 2017 à 26 923 euros en 2020 pour le taux plein et de 35 872 euros à 32 165 euros pour le taux partiel pour les enfants nés à compter du 1^{er} avril 2018. Près de 160 000 familles, soit 10 % des bénéficiaires potentiels avant réforme, ont ainsi perdu le bénéfice de cette prestation ou sont passées du taux plein au taux partiel du fait de cette modification des conditions de ressources.

Le plafond de ressources conditionnant le bénéfice de la prime de naissance ou d'adoption étant le même que celui applicable à l'allocation de base à taux partiel, sa baisse a également eu pour effet de réduire de 6 % le nombre de familles bénéficiaires de ces deux prestations.

Sous l'effet de ces mesures, la dépense moyenne de prestations par enfant âgé de 0 à 3 ans a diminué de 7,5 % depuis 2013, passant de 5 325 euros à 4 923 euros en 2019 en euros courants.

Le soutien monétaire aux familles comprenant de jeunes enfants a donc baissé au cours de la période, notamment pour les ménages situés dans les tranches de revenu immédiatement supérieures au barème de l'allocation de base. Cette baisse était cependant accompagnée de l'objectif d'une augmentation des dépenses d'action sociale en faveur de l'accueil collectif des jeunes enfants. Or, si les dépenses du fonds national d'action sociale ont effectivement augmenté de près de 30 %, les objectifs en termes de places d'accueil fixés dans ce domaine n'ont en revanche pas été atteints et ont au contraire été révisés à la baisse dans la nouvelle convention d'objectifs et de gestion de la branche famille¹⁵⁴.

¹⁵³ Article 74 de la LFSS 2014.

¹⁵⁴ Cf. chapitre VIII du présent rapport.

2 - L'augmentation des prestations « d'entretien »

À l'inverse, les dépenses de prestations dites « d'entretien » (19,9 Md€ en 2019) ont augmenté de 7 % depuis 2013. Les dépenses d'allocations familiales¹⁵⁵ ont été stabilisées (13 Md€ en 2013 et 12,7 Md€ en 2019), leur montant étant désormais modulé selon le revenu depuis le 1^{er} juillet 2015. À l'inverse, d'autres prestations d'entretien ont augmenté, de façon parfois très significative, depuis 2013 : +653 M€ (+39 %) pour le complément familial, +469 M€ (+36 %) pour l'allocation de soutien familial, +277 M€ (+35 %) pour les allocations aux enfants handicapés.

Les prestations « d'entretien » autres que les allocations familiales

Le complément familial¹⁵⁶ (2,3 Md€ en 2019) est versé aux personnes ayant au moins trois enfants à charge, âgés de 3 à 21 ans. L'allocation de rentrée scolaire¹⁵⁷ (2 Md€) est servie aux familles ayant des enfants de 6 à 18 ans. Ces deux prestations sont servies sous conditions de ressources.

L'allocation de soutien familial (ASF – 1,8 Md€)¹⁵⁸ s'adresse aux personnes qui élèvent seules un ou plusieurs enfants âgés de moins de 20 ans. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (1,1 Md€)¹⁵⁹ compense les coûts liés aux soins et à l'éducation des enfants handicapés et l'allocation journalière de présence parentale compense l'arrêt ou la diminution de l'activité professionnelle d'un parent. Les conditions de d'accès à ces prestations ne comprennent pas les ressources du ménage.

¹⁵⁵ Elles sont versées à toutes les familles ayant au moins deux enfants (un seul dans les départements et régions d'outre-mer) de moins de 20 ans à charge. Le montant mensuel des allocations familiales à taux plein est de 131,95 euros pour deux enfants et de 301 euros pour trois enfants depuis le 1^{er} avril 2020.

¹⁵⁶ 171,74 euros par mois au 1^{er} avril 2020 et 257,63 euros pour le complément familial majoré.

¹⁵⁷ Au 1^{er} avril 2020 : 369,95 euros par enfant de 6 à 10 ans, 390,35 euros par enfant de 11 à 14 ans, 403,88 euros par enfant de 15 à 18 ans.

¹⁵⁸ 115,99 euros par mois par enfant au 1^{er} avril 2020 pour un enfant élevé par un seul parent.

¹⁵⁹ 132,61 euros par mois au 1^{er} avril 2020. À ce montant de base s'ajoutent des compléments fonction du degré de handicap dont le montant peut aller jusqu'à 1125,29 euros par mois.

3 - Un ciblage accru sur les familles à faible revenu

a) La modulation des allocations familiales

La modulation des allocations familiales en fonction du revenu des ménages, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2015, a concerné 472 000 familles, soit 10 % des bénéficiaires à cette date. Cette réforme a consisté à diviser par deux ou par quatre le montant des allocations familiales versées aux familles dépassant certains seuils de revenus¹⁶⁰.

Sans constituer *stricto sensu* une mise sous conditions de ressources de ces allocations¹⁶¹, cette mesure, qui a conduit à des économies de 762 M€ par an à compter de 2016, a renforcé le caractère redistributif des prestations familiales.

b) Des mesures ciblées sur les familles nombreuses ou monoparentales défavorisées

Cette orientation a été amplifiée sur la période 2013-2018 par les mesures ciblées sur les familles les moins favorisées prévues par le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de 2011.

Un complément familial majoré a été mis en place à compter du 1^{er} avril 2014 pour les familles nombreuses les plus modestes et porté progressivement à 150 % du montant de base, conformément au plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté. Il représente un supplément de dépenses de 438 M€ en 2019 par rapport à 2014¹⁶².

¹⁶⁰ Les allocations familiales ne sont plus servies au taux plein qu'aux familles dont les ressources annuelles (année N-2) sont inférieures ou égales à 69 309 euros (pour une famille avec 2 enfants), 75 084 euros (3 enfants) et 80 859 euros (4 enfants), plus 5 775 euros par enfant supplémentaire. Pour les familles dont les ressources annuelles excèdent ces montants, les prestations familiales sont divisées par 2 ou 4 selon deux paliers de revenus.

¹⁶¹ Une prestation est dite « sous condition de ressources » si l'éligibilité dépend des ressources, et non si le montant est modulé selon le niveau des ressources. Ainsi, les allocations familiales demeurent une prestation sans condition de ressources, même si le montant versé en dépend.

¹⁶² États financiers combinés de la branche famille 2019, p. 33.

Le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté a prévu également une majoration annuelle de 5 % du montant de l'allocation de soutien familial (ASF) entre 2014 et 2018¹⁶³, conduisant à une revalorisation cumulée de 27,5 % en 2018¹⁶⁴, matérialisant l'attention portée par les pouvoirs publics à la situation des foyers monoparentaux. Cette revalorisation de l'ASF, bénéficiant à 750 000 familles, s'est accompagnée de la généralisation de la garantie contre les impayés de pension alimentaire (Gipa) au 1^{er} avril 2016, puis de la mise en place de l'Agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires (Aripa) le 1^{er} janvier 2017¹⁶⁵. Cette nouvelle agence, opérée par le réseau des Caf, permet de simplifier les démarches de recouvrement des impayés de pensions alimentaires pour les familles après les séparations et se substitue en pratique aux parents défaillants. Sous l'effet de ces diverses mesures, les dépenses d'ASF ont ainsi augmenté de 1,3 Md€ en 2013 à 1,8 Md€ en 2019, soit +27 %.

*

**

Comme l'avait souligné la Cour dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2017¹⁶⁶, les réformes des soutiens fiscaux et sociaux aux familles se sont traduites par un transfert massif des familles nombreuses aux revenus les plus élevés vers les familles monoparentales et les familles nombreuses avec enfants à faibles revenus. Désormais, comme dans la plupart des pays comparables, le soutien monétaire aux familles¹⁶⁷ n'augmente plus avec le revenu pour les ménages avec enfants les plus aisés.

Les différentes mesures prises depuis 2013 (concernant les prestations familiales mais aussi le quotient familial et le RSA) ont en effet recherché à accentuer la redistribution mise en œuvre à travers la politique familiale, au bénéfice de l'entretien des enfants vivant au sein des familles nombreuses ou des foyers monoparentaux les plus modestes, la redistribution « verticale », à l'avantage des revenus les moins élevés, l'emportant donc sur la redistribution « horizontale » entre familles, selon l'importance de leurs charges familiales.

¹⁶³ Soit une dépense supplémentaire estimée à 340 M€ par an à l'issue de sa montée en charge.

¹⁶⁴ Voir circulaires DSS/SD2B/2013/11 du 19/03/2013 et DSS/SD2B/2018/81.

¹⁶⁵ LFSS 2017.

¹⁶⁶ Cour des comptes, « Les aides publiques aux familles », in *La sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2017, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁶⁷ Comprenant les prestations familiales ainsi que les majorations familiales des minima sociaux et le quotient familial.

II - Les réformes des retraites depuis 1993 : un frein à la hausse des dépenses, des efforts inégalement répartis

En une vingtaine d'années, le système de retraite a connu cinq réformes d'ampleur touchant les retraites de base, en 1993, 2003, 2008, 2010 et 2014. Outre des hausses de cotisations, ces réformes ont agi sur l'âge de départ à la retraite et le niveau des pensions, selon différentes mesures, dont les principales sont rappelées ci-après. Elles ont également prévu des mesures de solidarité et d'équité permettant de prendre en compte les situations de pénibilité, de carrières longues et de faibles retraites.

Les développements qui suivent analysent les effets de ces réformes sur les dépenses de retraite, puis leurs conséquences sur la situation des différentes catégories d'assurés, dont certaines ne semblent pas avoir été anticipées.

A - Une progression des dépenses freinée par les réformes successives

Les réformes mises en œuvre permettraient de limiter le taux de croissance des dépenses de retraite projeté à l'horizon 2030 au niveau du taux de croissance de l'économie, dans un scénario central de projection. Les économies ainsi prévues concernent l'ensemble des régimes de base et complémentaires.

1 - Les réformes des retraites de base en France depuis 1993

La réforme de 1993 a été limitée aux régimes du secteur privé. Pour les assurés relevant du régime général, elle a confirmé¹⁶⁸ l'indexation sur les prix des pensions ainsi que des salaires perçus pendant la carrière et pris en compte pour le calcul de la retraite, a augmenté le nombre des meilleures années pour le salaire de référence de 10 à 25 (générations 1933 à 1948), et a allongé la durée d'assurance requise pour le taux plein de 150 à 160 trimestres (générations 1933 à 1944).

¹⁶⁸ Déjà en vigueur depuis 1987 *via* les coefficients de revalorisation fixés par la loi en valeur absolue par référence à l'évolution prévisionnelle des prix à la consommation.

La réforme de 2003 a :

- étendu les mesures d'indexation des pensions et de durée d'assurance de 1993 aux régimes des fonctionnaires ;
- instauré un système de décote/surcote (cf. *infra*), étendu progressivement à tous les régimes ;
- porté la durée d'assurance à 164 trimestres pour la génération 1952 et au-delà en fonction des gains d'espérance de vie (génération 1960).

Elle a créé dans le même temps un dispositif de départ anticipé pour les carrières longues.

La réforme de 2008 a étendu ces différentes dispositions aux régimes spéciaux de retraite (SNCF, RATP, industries électriques et gazières, etc.), hors les régimes des mines et des marins, selon un calendrier étalé.

La réforme de 2010 a reculé de deux ans les âges légaux de retraite, qui sont passés, entre les générations 1950 et 1955, de 60 à 62 ans pour l'âge minimal et de 65 à 67 ans pour l'âge d'annulation de la décote, et confirmé l'allongement de la durée d'assurance jusqu'à la génération 1960.

La réforme de 2014 a porté la durée d'assurance jusqu'à 172 trimestres à partir de la génération 1973, au rythme d'un trimestre toutes les trois générations, et créé un dispositif de départ anticipé au titre de la pénibilité du travail.

Les mesures d'âge et de durée d'assurance ont été transposées aux régimes complémentaires des salariés du secteur privé (Agirc et Arrco).

2 - Une importante réduction des dépenses de retraite par rapport à un scénario sans réforme

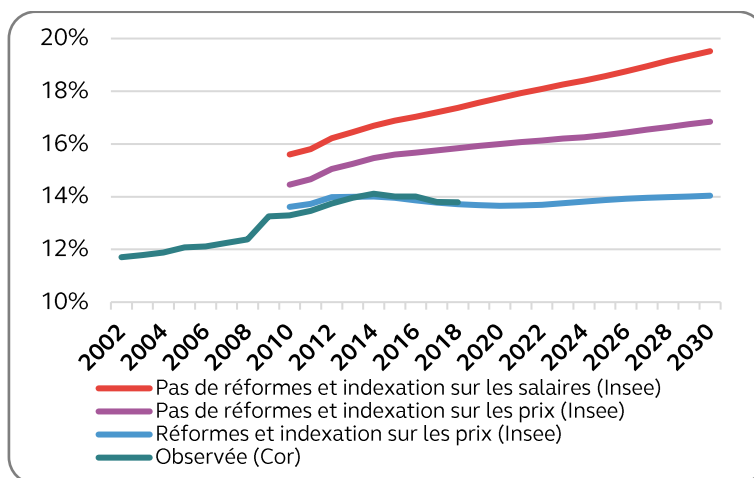
a) Des dépenses quasiment stabilisées en pourcentage du PIB

En 2018, les dépenses de retraite s'élevaient à 13,8 % du PIB (324,9 Md€)¹⁶⁹. Cette proportion a fortement progressé entre 2002 et 2014, passant de 11,7 % à 14,1 %, en particulier du fait de la contraction du PIB

¹⁶⁹ Conseil d'orientation des retraites, *Perspectives des retraites en France à l'horizon 2030*, novembre 2019. Ensemble des dépenses de retraite obligatoire de base et complémentaire, y compris les dépenses de gestion et d'action sociale, et hors notamment les dépenses au titre du minimum vieillesse ou allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) qui représentaient 3,2 Md€ en 2018 (voir le chapitre VII sur les minima de pension de retraite).

consécutive à la crise financière de 2008 et de l'augmentation du nombre de retraités (+28 %) liée à la hausse de l'espérance de vie et à l'arrivée à la retraite de générations nombreuses. À l'horizon 2030, elle serait relativement stable, comprise entre 13,7 % et 13,9 %¹⁷⁰.

Graphique n° 16 : dépenses de retraite rapportées au PIB avec et sans les réformes des retraites de base depuis 1993



Sources : A. Marino, Insee, 2014 ; rapport du Cor de novembre 2019

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

Selon l'Insee¹⁷¹, sans les réformes des retraites de base depuis 1993 et le passage à l'indexation sur les prix à la fois des salaires portés aux comptes individuels de retraite pour le calcul de la pension et des pensions de base déjà liquidées au régime général, les dépenses de retraite rapportées au PIB auraient représenté 17,4 % en 2019 et plus de 19 % en 2030.

La contrepartie est une progression relativement moins rapide des ressources des retraités par rapport à celles des actifs : la pension moyenne rapportée au revenu d'activité moyen passerait, en termes nets, de 64,5 % en 2018 à 60 % environ en 2030¹⁷². Le niveau de vie moyen des retraités rapporté à celui de l'ensemble de la population est toutefois un peu supérieur à 100 % (105 % en 2018¹⁷³) et resterait proche de 100 % en 2030.

¹⁷⁰ Conseil d'orientation des retraites, novembre 2019, *op. cit.*

¹⁷¹ A. Marino, « Vingt ans de réformes des retraites : quelle contribution des règles d'indexation ? », *Insee analyses* n° 17, avril 2014.

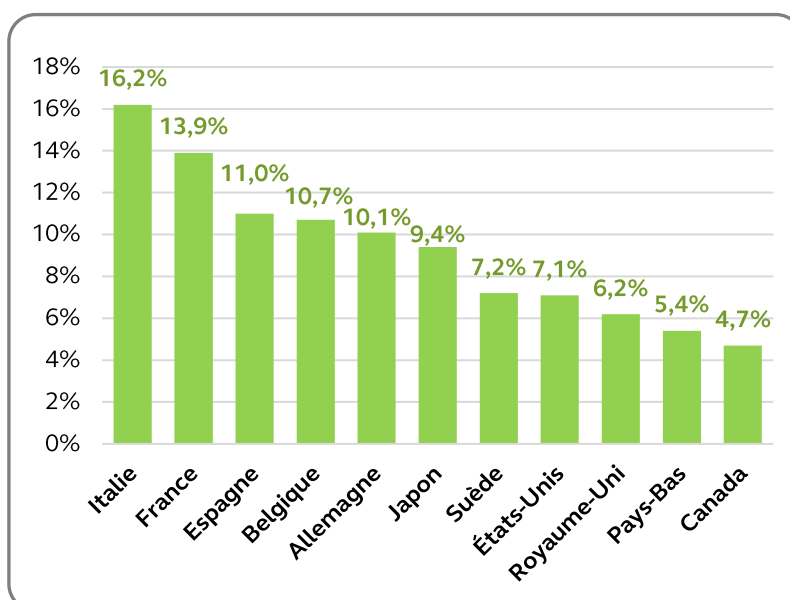
¹⁷² Rapport annuel du Cor, juin 2019.

¹⁷³ Environ 110 % si on tient compte de l'avantage lié au fait que les retraités sont davantage propriétaires de leur résidence principale.

Les dépenses publiques de retraite en France et à l'étranger

En 2015, en proportion du PIB, la France (13,9 %) et plus encore l'Italie (16,2 %) se caractérisaient par un niveau élevé de dépenses, en comparaison de l'Espagne (11,0 %), de la Belgique (10,7 %), de l'Allemagne (10,1 %), du Japon (9,4 %), de la Suède (7,2 %), des États-Unis (7,1 %), du Royaume Uni (6,2 %), des Pays-Bas (5,4 %) et du Canada (4,7 %).

Graphique n° 17 : Dépenses de retraite en proportion du PIB



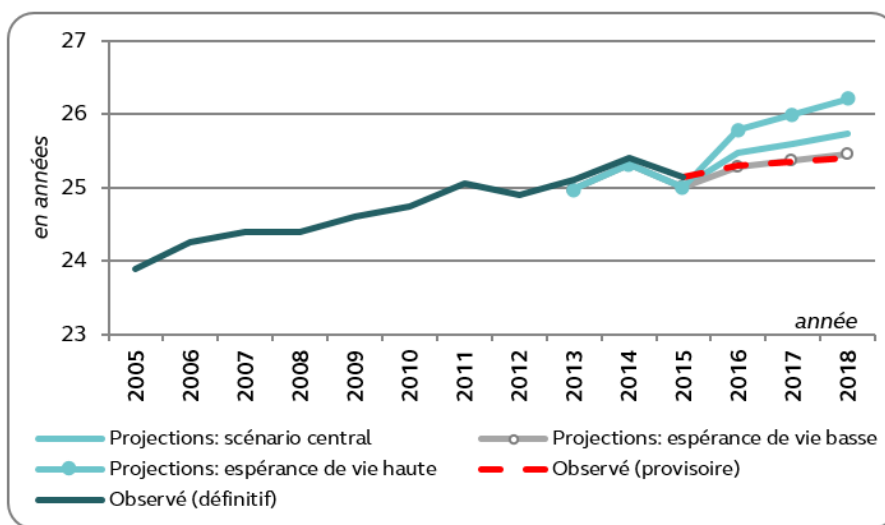
Source : données OCDE

Les dépenses publiques de retraite rapportées au PIB ne sont cependant pas directement comparables entre les pays. Outre les différences de situation démographique, la nature même des dépenses publiques de retraite peut différer selon les pays : les retraites publiques constituent un socle minimal de droits dans certains pays (comme au Royaume-Uni et aux Pays-Bas où elles sont complétées par des retraites privées professionnelles ou individuelles) – leur montant en part de PIB y est plus faible – alors que, pour d'autres, elles sont élevées car elles constituent la quasi-totalité des revenus des plus de 65 ans (à l'image de l'Italie et de la France où les retraites publiques comprennent les retraites professionnelles obligatoires Agirc-Arrco).

L'indexation sur les prix rend les dépenses de retraite rapportées au PIB sensibles au rythme de croissance de l'économie : plus la croissance est forte et plus les salaires augmentent par rapport aux prix, ce qui contribue à freiner les dépenses de retraite en part de PIB. Les dépenses de retraite en part de PIB en 2040 se situeraient entre 13,1 et 14,1 % selon les scénarios de croissance retenus par le Cor dans ses projections de juin 2019.

La récente baisse de la fécondité est une autre source d'incertitude pour l'évolution à long terme des dépenses de retraite rapportées au PIB, mais elle n'aurait pas d'effet avant 2040. En revanche, les effets de gains d'espérance de vie moindres qu'attendu seraient sensibles à plus court terme. Ainsi, les gains d'espérance de vie à 60 ans, situés sur le scénario de mortalité haute de l'Insee, ralentissent sensiblement depuis 2014¹⁷⁴.

Graphique n° 18 : évolution de l'espérance de vie à 60 ans, constats et scénarios



Note : moyenne des espérances de vie à 60 ans des femmes et des hommes.

Source : Cour des comptes, selon le bilan démographique 2018 et les projections de population de l'Insee

¹⁷⁴ Si ces gains continuaient à se situer sur le scénario de mortalité haute de l'Insee, les dépenses de retraite rapportées au PIB seraient moins élevées que dans le scénario de référence, d'environ 0,2 point de PIB à l'horizon 2030 selon le Cor.

b) Des économies de dépenses pour tous les régimes

Selon l'Ined¹⁷⁵, à l'horizon 2030, les économies liées aux réformes de 1993 et 2003 représenteraient, pour le régime général, respectivement 27 Md€ et 10 Md€ (1,2 et 0,4 point de PIB). Selon la Drees¹⁷⁶, l'économie de masse de pensions de droit direct¹⁷⁷ liée aux réformes de 2010 à 2015 serait, en 2019, de 22,8 Md€ (près de 8 % de la masse totale), dont 8,1 Md€ pour les régimes alignés (régime général et régime des salariés agricoles) et 8,0 Md€ pour les régimes complémentaires (Agirc-Arrco et Ircantec). En 2040, elle pourrait atteindre 35,8 Md€ (1 point de PIB comme en 2019).

En ce qui concerne les régimes de la fonction publique, la réforme de 2010 aurait conduit, en 2019, à 4,4 Md€ d'économies¹⁷⁸ (2,6 Md€ dans la fonction publique d'État et 1,8 Md€ dans les collectivités territoriales et les hôpitaux), qui s'ajoutent aux économies issues de la réforme de 2003, estimées à horizon 2020 à 5,9 Md€ pour toute la fonction publique¹⁷⁹.

Les réformes des retraites à l'étranger

La plupart des pays européens, le Japon et le Canada ont, depuis le début des années 1990, réformé leurs systèmes de retraite. Les États-Unis avaient réformé le leur dès 1983. Outre les mesures visant à augmenter les ressources (hausse de cotisation, transferts depuis le budget de l'État ou d'autres branches de la protection sociale, constitution de réserves), les réformes ont agi sur l'âge de départ à la retraite et le niveau des pensions¹⁸⁰.

¹⁷⁵ T. Debrand, A.-G. Privat, *L'impact des réformes de 1993 et de 2003 sur les retraites : une analyse à l'aide du modèle de microsimulation Artemis*, Ined/Cnav, 2005.

¹⁷⁶ H. Martin, *Impact des réformes de 2010 à 2015 sur les masses financières des régimes de retraite*, Drees, décembre 2016.

¹⁷⁷ Hors les pensions de réversion versées aux personnes veuves.

¹⁷⁸ Rapport sur les pensions de retraite de la fonction publique (« Jaune pensions »), annexé au projet de loi de finances pour 2020.

¹⁷⁹ Rapport sur les pensions de retraite de la fonction publique (« Jaune pensions »), annexé au projet de loi de finances pour 2011.

¹⁸⁰ Cor, *Panorama des systèmes de retraite en France et à l'étranger*, octobre 2016.

Augmenter les âges de la retraite. Différentes mesures ont été prises en ce sens : restriction des possibilités de départs anticipés (Espagne, Allemagne, Belgique, Pays-Bas), hausse de la durée de cotisation nécessaire pour une retraite complète (Espagne, Belgique), recul de l'âge minimum légal de la retraite (Royaume-Uni, Italie, Pays-Bas) ou, plus fréquemment, de l'âge d'obtention d'une pension complète (Allemagne, Japon, États-Unis)¹⁸¹, incitation à la prolongation de l'activité par le biais de décotes et de surcotes (Allemagne, Canada, Royaume-Uni, États-Unis, Espagne, Belgique) ou en faisant dépendre les barèmes de pension de l'espérance de vie à l'âge de départ à la retraite (Suède, Italie, Espagne).

Freiner la progression des pensions. La plupart des pays ont modifié les paramètres de calcul des pensions. Le calcul du salaire de référence a été porté des cinq dernières années à la totalité de la carrière en Italie, des cinq aux huit puis aux quinze dernières années en Espagne et des quinze meilleures années à la totalité de la carrière en Suède. Désormais, les pensions sont indexées le plus souvent sur les prix et non plus sur les salaires comme généralement dans les années 1980. L'Allemagne, l'Espagne et la Suède ont introduit un paramètre tenant compte de la démographie ou de la situation financière du système de retraite pour contenir la progression des dépenses en cas d'évolution défavorable ; le Canada a prévu une procédure automatique de gel des pensions en cas de déséquilibre à long terme. Cependant, la plupart des pays continue d'indexer sur les salaires les droits accumulés pendant la carrière pour le calcul ultérieur de la retraite, à l'exception de la Belgique et de l'Espagne qui les indexent sur les prix.

3 - Parmi les différentes mesures, l'effet majeur de l'indexation sur les prix

Les analyses suivantes présentent les économies résultant de différentes mesures, par rapport à une situation où ces mesures ne seraient pas intervenues.

¹⁸¹ Ce qui permet de partir à la retraite aux mêmes âges avec, pour un âge donné, une pension minorée, et s'apparente, dans ses effets, à une augmentation de la durée de cotisation nécessaire pour une retraite complète.

a) Les mesures visant à augmenter les âges de départ à la retraite

L'allongement de la durée d'assurance : des effets surtout à long terme

Le relèvement progressif de la durée d'assurance (calculée en nombre de trimestres) requise pour le taux plein entraîne un recul de la date de départ à la retraite¹⁸² et a pour corollaire une réduction du nombre de retraités et de la masse des pensions versées. Il a aussi un impact sur le montant des pensions, soit à la hausse (droits supplémentaires liés au report du départ à la retraite), soit à la baisse lorsque les assurés ne décalent pas suffisamment la date de leur départ à la retraite pour atteindre le taux plein.

Toutefois, la montée en charge des économies permises par l'allongement de la durée requise pour le taux plein prévu par les réformes de 1993 et 2003¹⁸³ a été très progressive. La poursuite de l'allongement entre 2020 et 2035 actée par la réforme de 2014 a également un effet sur la masse des pensions modéré à court terme et qui augmente dans le temps : il représenterait 5,5 Md€ en 2030 et 10,2 Md€ en 2040 selon la Drees¹⁸⁴.

Le relèvement des âges : des effets importants à court terme

Le relèvement de l'âge minimum légal de 60 ans à 62 ans a deux effets sur la masse des pensions de droit direct. Dans un premier temps, les assurés partant à l'âge minimum sont contraints de liquider leurs droits plus tard, ce qui réduit le nombre de nouveaux retraités. Dans un second temps, s'ils continuent à travailler, ils accumulent des droits supplémentaires et voient leur pension augmenter. Par ailleurs, la part des personnes touchées par le recul de l'âge minimum décroît avec le temps, sous l'effet des entrées plus tardives dans l'emploi des jeunes générations. Le relèvement de l'âge d'annulation de la décote procède d'effets analogues, mais il touche moins d'assurés et principalement des assurés à plus faibles pensions.

Selon la Drees¹⁸⁵, le recul des âges légaux de la retraite (âge minimum et âge d'annulation de la décote) à la suite de la réforme de 2010 aurait conduit à une économie de 10,1 Md€ dès 2015 (uniquement liée au recul de l'âge minimum) et de 18,0 Md€ en 2019 (soit 0,8 point de PIB), dont 14,0 Md€ au titre du recul de l'âge minimum et 4,0 Md€ au titre du recul de l'âge d'annulation de la décote ; l'économie ne serait plus que de

¹⁸² Par exemple pour la réforme de 2014, C. Duc, « Analyse de l'impact sur les affiliés des différentes réformes menées depuis 2010 », Drees, décembre 2016.

¹⁸³ T. Debrand et A.-G.Privat, Ined/Cnav, 2005, *op. cit.*

¹⁸⁴ H. Martin, Drees, décembre 2016, *op. cit.*

¹⁸⁵ H. Martin, Drees, décembre 2016, *op. cit.*

12,2 Md€ à horizon 2040, soit alors du même ordre que l'allongement de la durée d'assurance. Le recul des âges légaux de la retraite contribuerait ainsi aux économies de dépenses liées à toutes les réformes depuis 2010 à hauteur de 80 % en 2020, mais seulement un tiers en 2040.

*b) Le mode de calcul des pensions à la liquidation
et leur revalorisation pendant la retraite*

L'indexation sur les prix : des effets massifs

En 1987 dans les faits et entériné par les réformes qui ont suivi, le passage à l'indexation sur les prix et non plus sur les salaires, appliquée à la fois aux salaires, perçus pendant les carrières professionnelles et pris en compte pour le calcul de la retraite, et aux pensions, a conduit aux économies les plus importantes¹⁸⁶. Selon l'Insee¹⁸⁷, cette seule mesure aurait permis une économie en 2019 de 1,7 point de PIB, contre 2,2 points pour l'ensemble des autres mesures de réforme prises depuis 1993. Elle entraînerait une économie au moins égale à celle résultant de toutes les autres mesures en 2030 (comprise entre 2,7 et 3,5 points de PIB selon les scénarios économiques retenus contre environ 2,7 points de PIB pour toutes les autres mesures).

Enfin, le législateur a mis en œuvre depuis 2009, mais surtout entre 2018 et 2020, de nouvelles mesures, en décalant la date de revalorisation des pensions¹⁸⁸ ou en ne revalorisant pas les pensions à hauteur de l'inflation. En 2019, la sous-indexation des pensions devait permettre une économie de 2,8 Md€¹⁸⁹ sur la masse des pensions versées.

La hausse du nombre d'années prises en compte au régime général

La réforme de 1993 a fait passer de 10 à 25 le nombre d'années retenues pour le calcul du salaire de référence au régime général, à raison d'une année supplémentaire pour chaque génération entre 1933 et 1948.

¹⁸⁶ La hausse de la CSG sur les pensions de retraite, dont le taux normal est passé de 1,10 % à sa création en 1991 à 8,30 % depuis 2018, a également contribué à freiner la croissance du montant net des pensions, tout en augmentant les ressources de la sécurité sociale.

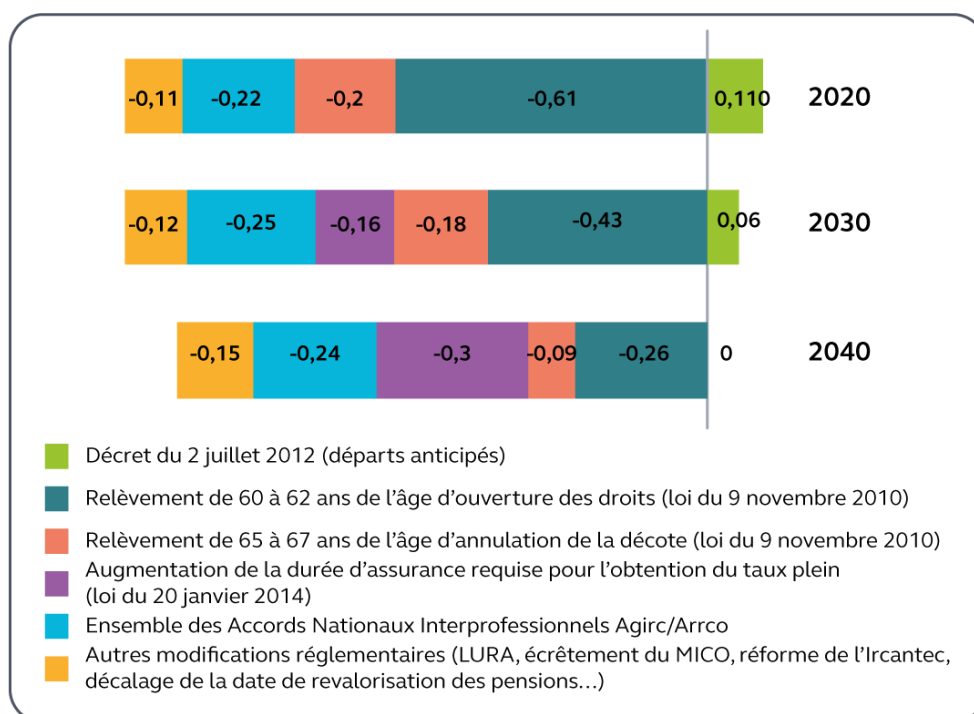
¹⁸⁷ A. Marino, Insee, 2014, *op. cit.*

¹⁸⁸ Du 1^{er} janvier au 1^{er} avril (2009), puis au 1^{er} octobre (2014), puis de nouveau au 1^{er} janvier de l'année suivante (année blanche en 2018).

¹⁸⁹ Évaluation préalable de l'article 44 du PLFSS 2019 (devenu article 68 dans la LFSS).

Les économies ont été modestes par rapport aux effets d'indexation. Elles ont en outre été atténuées, pour les pensions les plus faibles, par le minimum contributif et, pour les pensions les plus élevées, par le plafonnement au niveau du plafond de la sécurité sociale des salaires pris en compte¹⁹⁰.

Graphique n° 19 : synthèse de l'effet de chaque mesure mise en œuvre depuis 2010 sur les masses de pensions servies par l'ensemble des régimes (en point de PIB)



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

¹⁹⁰ P. Aubert et C. Duc, « Les conséquences des profils individuels des revenus d'activité au long de la carrière sur le niveau des pensions de retraite », *Économie et Statistique* n° 441-442, Insee, 2011.

Les baisses de rendement des régimes complémentaires

Afin de maintenir l'équilibre des régimes complémentaires Agirc et Arrco, les partenaires sociaux ont signé une dizaine d'accords depuis 1993, dont les effets s'ajoutent à ceux des réformes des régimes de base pour les salariés du secteur privé. Ces accords ont organisé une baisse de leur rendement instantané : un salarié acquiert environ 1,5 fois moins de droits en 2015 qu'en 1993 avec le même euro de cotisation¹⁹¹. L'impact de cette baisse sur le niveau des pensions a été en partie compensé par celui de l'augmentation des taux de cotisation. Le rendement de l'Ircantec, le régime complémentaire des contractuels de la fonction publique, a également été diminué à la suite de la réforme de 2008¹⁹². En 2020, selon la Drees¹⁹³, les économies liées aux accords Agirc-Arrco depuis 2011 représenteraient 5,2 Md€ et celles liées à la réforme de l'Ircantec 0,1 Md€.

c) Les mesures de solidarité et d'équité

Les réformes intervenues depuis 2003 ont également prévu des mesures de solidarité et d'équité qui ont créé de nouveaux dispositifs dérogatoires de départ anticipé ou amendé ceux en vigueur dans un sens plus favorable. Ces dispositifs sont à l'origine de près d'un départ sur deux à la retraite, comme l'a déjà souligné la Cour¹⁹⁴.

Ils ont eu pour objectif de prendre en compte certaines situations, au titre des carrières longues (à partir de 2003), de la pénibilité du travail (2010, 2014) ou en faveur des petites retraites et des femmes notamment (cf. *infra*). L'ensemble de ces mesures pour la réforme de 2014 accroîtrait les dépenses de 0,7 Md€ en 2020, 2,7 Md€ en 2030 et 4,1 Md€ en 2040, selon les estimations de l'étude d'impact du projet de loi. Celles liées aux réformes de 2003 et 2010 étaient évaluées à respectivement près de 3 Md€ et 1,6 Md€ à l'horizon 2020.

¹⁹¹ F. Nortier-Ribordy, « Évolution des conditions d'acquisition des droits dans les régimes complémentaires depuis 1993 : impacts sur les pensions à la liquidation », *Retraite et Société* n° 74, Cnav, 2016.

¹⁹² Décret du 23 septembre 2008 et arrêté du 30 décembre 2008.

¹⁹³ H. Martin, Drees, décembre 2016, *op. cit.*

¹⁹⁴ « Partir plus tôt à la retraite : des dispositifs nombreux et inégalement justifiés, une redéfinition nécessaire », in *La sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2019, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Le dispositif de départ anticipé pour carrière longue, créé par la réforme de 2003, a été amendé depuis à quatre reprises, notamment en 2012¹⁹⁵ pour en assouplir les conditions d'accès en contrepartie du recul de l'âge minimum légal de la retraite¹⁹⁶. Aujourd'hui, il permet, sous conditions d'âge de début d'activité et de durée d'assurance, de partir deux ans plus tôt à la retraite et constitue le plus important dispositif de départ anticipé : en 2018, plus de 212 000 nouveaux retraités en ont bénéficié¹⁹⁷. Selon la Cour, le dispositif aurait représenté un coût de 6,1 Md€ en 2016¹⁹⁸. Il expliquerait 2,2 Md€ sur les 12,8 Md€ de hausse des dépenses de pensions de droit direct du régime général entre 2012 et 2017. Son élargissement par le décret du 2 juillet 2012 a représenté en 2019 un surcoût estimé à 2,7 Md€ selon la Drees.

4 - Des effets indirects défavorables sur les dépenses publiques

Indépendamment de leurs effets macroéconomiques (cf. encadré), les évaluations précédentes ne tiennent pas compte des conséquences des réformes des retraites sur les autres dépenses sociales (notamment chômage et invalidité) qui, au total, conduisent à réduire le montant des économies réalisées ou attendues. Ainsi, avant prise en compte des effets macroéconomique, ces dépenses supplémentaires représenteraient environ 20 % du gain réalisé sur les dépenses de retraite par le recul de l'âge minimum légal de 60 à 62 ans (14 Md€ en 2019).

En moyenne, de 2013 à 2015, près d'une personne sur trois autour de 60 ans n'était ni en emploi ni en retraite mais en majorité au chômage ou en invalidité, voire couverte par un minimum social ou ne touchant aucun revenu personnel. Le recul de deux ans de l'âge minimum légal de la retraite entre 2010 et 2017 a conduit à prolonger certaines de ces situations et, parfois, à faire basculer des personnes hors de l'emploi.

¹⁹⁵ Décret du 2 juillet 2012.

¹⁹⁶ L'allongement de la durée d'assurance réduit en outre le nombre des personnes éligibles au dispositif.

¹⁹⁷ Programme de qualité et d'efficacité retraite, annexe au PLFSS 2020.

¹⁹⁸ « Partir plus tôt à la retraite : des dispositifs nombreux et inégalement justifiés, une redéfinition nécessaire », in *La sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2019, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Cette mesure a accru les dépenses d'invalidité, d'autant que, dans la plupart des régimes, les pensions d'invalidité sont transformées en pensions de retraite à l'âge minimum légal. Selon la Drees¹⁹⁹, entre 125 000 et 150 000 personnes supplémentaires par an bénéficieraient à partir de 2017 d'une pension d'invalidité entre 60 et 62 ans (8 % de cette classe d'âge), occasionnant un surcoût de 1,2 à 1,5 Md€ par an. Parallèlement, environ 80 000 personnes supplémentaires (5 % de la classe d'âge) seraient allocataires de l'un des trois principaux minima sociaux (revenu de solidarité active socle, allocation de solidarité spécifique et allocation adulte handicapé), pour un supplément d'allocations de l'ordre de 600 M€ par an, réévalué par la Cour²⁰⁰, sur la classe d'âge 60-64 ans, à 710 M€.

Selon l'Insee²⁰¹, entre les premières générations concernées par la réforme de 2010 et celles immédiatement antérieures, la hausse de plus de 20 points du taux d'activité à 60 ans s'est traduite principalement par un accroissement de l'emploi mais également par une hausse de la probabilité d'être au chômage à cet âge, de 7 points pour les hommes et de 6 points pour les femmes. Le coût pour l'assurance chômage de la prise en charge de chômeurs supplémentaires en raison du recul de l'âge minimum légal de la retraite de 60 à 62 ans serait de près de 800 M€ selon la Cour²⁰².

Les effets de bouclage macroéconomique

Les mesures visant à équilibrer le système de retraite ont, plus généralement, des effets sur l'ensemble de l'économie. Une hausse de cotisation sociale, si elle est perçue comme un impôt sans contrepartie, aurait un effet négatif sur l'emploi ; si elle entraîne une baisse des salaires nets²⁰³, elle conduirait à une baisse de la consommation et du PIB, ce qui au total réduirait l'impact positif sur le solde des administrations publiques. À l'inverse, le recul de l'âge minimum légal de la retraite serait bénéfique à terme sur l'activité – dès lors que la quantité de travail est augmentée, le PIB s'accroît, en contrepartie d'une diminution du temps de loisir – au prix néanmoins d'une hausse du chômage à court terme et d'une baisse durable des salaires.

¹⁹⁹ « Invalidité et minima sociaux : quels effets du passage de la retraite de 60 à 62 ans ? », *Les dossiers de la Drees* n° 6, octobre 2016.

²⁰⁰ Cour des comptes, *Les fins de carrière : un risque de précarité pour les seniors exclus du marché du travail, un coût croissant pour la solidarité*, référé, juillet 2019, disponible sur www.ccomptes.fr.

²⁰¹ « Report de l'âge de la retraite et taux d'emploi des seniors : le cas de la réforme des retraites de 2010 », *Insee Analyses* n° 30, janvier 2017.

²⁰² Cour des comptes, référé précité sur les fins de carrière, juillet 2019.

²⁰³ Directement en cas de hausse de cotisation salariale ou dans l'hypothèse où l'entreprise baisse le salaire net en cas de hausse de cotisation patronale.

Ainsi, à long terme, d'après une note de la direction générale du Trésor²⁰⁴, un relèvement de deux ans de l'âge minimum légal de la retraite au rythme de trois mois par génération améliorerait le PIB de 1,4 point, tandis qu'une modération des pensions aux effets équivalents *ex ante* sur le solde du système de retraite serait sans effet sur le PIB, et qu'une hausse des cotisations le dégraderait de 0,1 point.

B - Des efforts plus importants pour les jeunes générations et certaines catégories d'assurés

1 - Des réformes qui renforceraient l'équité entre générations en termes de durée mais pas en termes financiers

L'équité du système de retraite entre générations peut être appréciée en suivant, au fil des générations, quatre types d'indicateurs, deux se rapportant aux temps de la vie – la durée de la carrière et la durée de la retraite – et deux aux aspects financiers – le montant des pensions de retraite et le taux de prélèvement finançant les retraites²⁰⁵. En complément, elle peut l'être de façon synthétique par des indicateurs de rendement, qui mettent en regard les pensions servies pendant la durée de la retraite et les cotisations versées pendant la durée de la carrière²⁰⁶.

a) Une meilleure répartition des temps de la vie

Une hausse de la durée de retraite en phase avec celle de la durée de vie

La réforme de 2003 visait à stabiliser jusqu'en 2020 le ratio entre durée d'assurance requise pour le taux plein et durée de retraite au niveau de 2003, en partageant les gains d'espérance de vie après 60 ans à raison de 2/3 sous forme d'un allongement de la durée d'assurance et 1/3 sous forme d'un allongement de la durée de la retraite. La poursuite de l'allongement de la durée d'assurance jusqu'à la génération 1973 par la réforme de 2014 s'inscrit, sans que ce soit explicite, dans la même logique.

²⁰⁴ Direction générale du Trésor, document n° 7 de la séance du Cor du 19 octobre 2016.

²⁰⁵ Les analyses suivantes sont reprises notamment des dossiers de la Drees n° 9, décembre 2016, « Quel effet des réformes en matière d'équité entre les générations ? », et du rapport annuel du Cor de juin 2019.

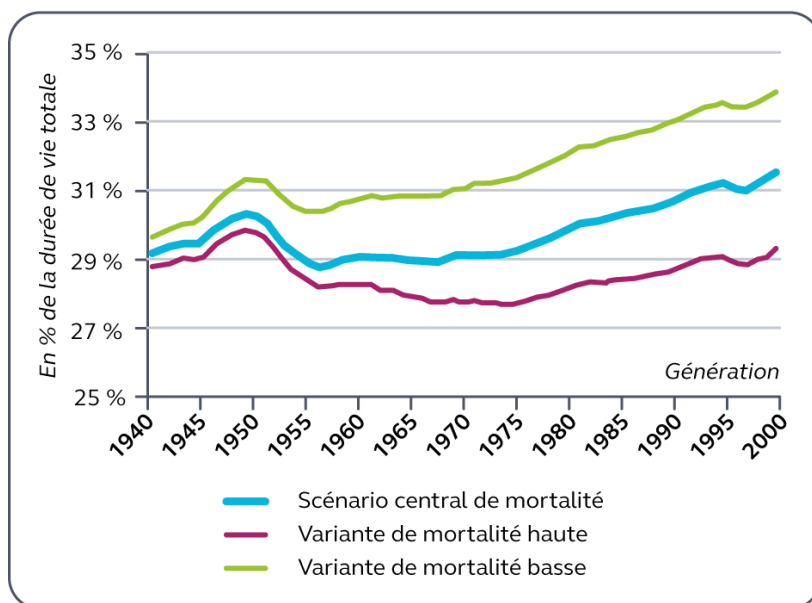
²⁰⁶ Voir Y. Dubois et A. Marino, « Le taux de rendement interne du système de retraite français : quelle redistribution au sein d'une génération et quelle évolution entre générations ? », *Économie et Statistique* n° 481-482, Insee, 2015.

Les évolutions au fil des générations de la durée de retraite (différence entre l'espérance de vie de chaque génération et son âge moyen de départ à la retraite) rapportée à la durée de vie (ou espérance de vie) permettent d'apprécier cette notion d'équité introduite en 2003.

À partir de la génération 1943 (qui avait 60 ans au moment de la réforme de 2003) et jusqu'à la génération 2000, la durée de retraite rapportée à la durée de vie augmenterait légèrement selon le Cor, de 29 % à 31 %, avec une « bosse » pour la génération 1950, une baisse entre les générations 1950 et 1955, puis une stabilisation et un redressement à partir de la génération 1974 sous l'effet des gains d'espérance de vie alors que les paramètres d'âge et de durée d'assurance seraient inchangés. L'équité au sens de la réforme de 2003 serait donc globalement respectée, mais plus en raison des réformes intervenues depuis 2010 et notamment le relèvement des âges légaux de la retraite entre les générations 1950 et 1955.

Cette évolution dépend des hypothèses de mortalité. La durée de retraite rapportée à la durée de vie pour la génération 2000 s'établirait entre 29 % et 34 % selon l'hypothèse de mortalité. Toutefois, dans tous les scénarios, la durée de retraite en nombre d'années tendrait à augmenter entre les générations 1943 (25 ans) et 2000 (de 26 à 33 ans).

Graphique n° 20 : durée de retraite en proportion de la durée de vie



Source : rapport annuel du Cor de juin 2019

Une baisse de la durée de carrière rapportée à la durée de vie

Selon la Drees, par rapport à la génération 1950, les réformes menées depuis 2010 iraient globalement dans le sens d'une plus grande équité en allongeant la durée de carrière rapportée à la durée de vie.

Elles ne suffiraient toutefois pas pour neutraliser le fait que les assurés nés dans les années 50 auront validé des durées plus longues que les assurés plus jeunes : les durées validées continuent de croître pour atteindre environ 40 ans pour les générations nées à la fin des années 50, puis diminueraient jusqu'aux générations nées à la fin des années 70²⁰⁷, avant de se stabiliser à 37,5 années.

Ainsi, selon le Cor, la durée de carrière rapportée à la durée de vie, qui augmentait jusque-là au fil des générations, diminuerait à partir de la génération 1952, passant de 46 % à 40 % pour la génération 1990.

La durée de carrière : un critère délicat à définir

La durée de carrière peut être définie différemment selon le statut accordé aux diverses périodes de non-emploi : durée effective en emploi, durée cotisée pour la retraite, durée validée tous régimes, etc.

Chaque définition présente des limites pour apprécier l'équité entre générations. Les études du Cor et de la Drees sur l'équité entre générations retiennent pour la durée de carrière la durée validée tous régimes, qui inclut les périodes d'emploi, des périodes de non-emploi (chômage indemnisé, maladie, etc.) et les majorations de durée d'assurance pour enfant.

b) Davantage de contributions pour moins de prestations au fil des générations

Des taux de remplacement en baisse sous l'effet des réformes

Le montant moyen des pensions rapporté au revenu moyen d'activité, ou taux de remplacement moyen²⁰⁸, passerait de 55 à 45 % entre les générations 1950 et 1990, selon la Drees. Cette baisse, dont l'ampleur dépend des hypothèses économiques (ici gains de productivité de 1,5 % par an à terme), s'observerait dans tous les scénarios.

²⁰⁷ L'effet négatif lié aux entrées plus tardives dans l'emploi et à la précarisation des carrières l'emportant sur l'effet positif des réformes.

²⁰⁸ Ici, rapport entre la moyenne des pensions (rapportées au salaire moyen par tête ou SMPT), perçues sur l'ensemble de la durée de retraite, à la moyenne des revenus d'activité (rapportés au SMPT), perçus sur l'ensemble de la carrière.

Les plus jeunes générations seraient ainsi désavantagées à l'aune de cet indicateur, en raison surtout des effets de la réforme de 1993. Les réformes ultérieures auraient des effets contrastés. Le prolongement des carrières pour certains assurés leur permet d'accumuler davantage de droits à retraite, ce qui tend *in fine* à augmenter le taux de remplacement. À l'inverse, le dispositif des carrières longues, en permettant des départs anticipés et donc un allongement de la durée de retraite, les derniers accords Agirc-Arrco ou encore le décalage de la date de revalorisation des pensions contribuent à diminuer le taux de remplacement moyen.

Au total, selon la Drees, les réformes intervenues depuis 2010 contribueraient à baisser légèrement le taux de remplacement moyen pour les générations nées vers 1950 (environ un point de pourcentage) et seraient neutres sur celui des générations nées après 1975.

Des taux de cotisation en hausse sous l'effet des réformes

Le taux de cotisation moyen d'une génération²⁰⁹ est un bon indicateur de sa contribution au système de retraite. Or, dans l'hypothèse de taux de cotisation stabilisés en projection, le taux de cotisation moyen pour les assurés du régime général²¹⁰ augmenterait au fil des générations, passant de 23 % pour la génération 1950 à 27,8 % pour la génération 1990.

2 - Une convergence des règles entre les régimes de retraite

Les réformes, depuis celle de 2003, ont également visé à réduire les inégalités de traitement entre les assurés de régimes différents.

a) Des divergences qui subsistent entre les régimes

Les mesures de convergence

La réforme de 2003 a fait converger la durée d'assurance requise pour le taux plein des fonctionnaires vers celle des salariés du secteur privé et étendu aux fonctionnaires le principe de revalorisation des pensions sur les prix, qui prévalait depuis 1987 au régime général. Elle a généralisé et harmonisé entre les fonctionnaires et les salariés du secteur privé le système de décote et de surcote, qui minore ou majore le montant de la pension

²⁰⁹ Il se calcule pour chaque génération comme le ratio entre la somme, actualisée selon le taux de croissance du SMPT, des cotisations versées dans les différents régimes et celle des revenus d'activité perçus au cours de la carrière.

²¹⁰ En l'absence d'historique large des taux de cotisation dans les différents régimes, ne sont considérées ici que les périodes d'affiliation au régime général, mais les hausses de cotisation ont concerné tous les régimes, y compris ceux de la fonction publique.

lorsque la durée est inférieure ou supérieure à celle requise pour le taux plein, avec une période de convergence de près de 20 ans pour la décote. La convergence a porté également, à la suite de la réforme de 2010, sur l'alignement des taux de cotisation des assurés, avec une mise en œuvre sur une période de dix ans. Les autres régimes spéciaux de retraite, notamment ceux de la RATP, de la SNCF et des industries électriques et gazières (IEG) ont commencé à être réformés plus tardivement, à partir de 2008²¹¹.

Les principales mesures des réformes de 2010 (recul des âges légaux) et de 2014 (poursuite de l'allongement de la durée d'assurance) ont concerné tous les régimes, mais selon des calendriers d'application décalés pour les régimes spéciaux autres que ceux de la fonction publique.

Le maintien de disparités importantes

Certaines règles sont jusqu'ici restées toutefois distinctes, telles que le calcul du salaire de référence (les 25 meilleurs salaires annuels au régime général, la rémunération hors primes des six derniers mois dans la fonction publique²¹²), la définition de l'assiette des cotisations (l'intégralité du salaire au régime général, la rémunération hors primes dans la fonction publique), le calcul de la durée (un trimestre validé pour un salaire de 150 Smic horaires au régime général, au prorata du temps de travail pour les fonctionnaires), la distinction entre pensions de base et complémentaire uniquement dans le secteur privé, les dispositifs de solidarité liés aux enfants (majoration de durée d'assurance d'au plus une année par enfant pour les fonctionnaires, contre deux années au régime général), la réversion en cas de veuvage (sous condition de ressources au régime général mais pas pour les fonctionnaires, etc.), ou encore la prise en compte de la pénibilité et les possibilités de départs anticipés.

b) Des écarts d'âge plus que des écarts de montants de pension entre secteurs privé et public

Si le dispositif des carrières longues, créé en 2003, est ouvert à tous et constitue le principal motif de départ anticipé (cf. *supra*), d'autres dispositifs sont spécifiques à certains secteurs²¹³ : les salariés du secteur

²¹¹ Cour des comptes, *Les régimes spéciaux de retraite de la RATP, de la SNCF et des industries électriques et gazières*, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, 16 juillet 2019, disponible sur www.ccomptes.fr.

²¹² Le gel du point d'indice dans la fonction publique ou la hausse de la part des primes dans la rémunération des fonctionnaires se traduisent alors par de moindres dépenses de retraite.

²¹³ Cour des comptes, « Partir plus tôt à la retraite : des dispositifs nombreux et inégalement justifiés, une redéfinition nécessaire », in *La sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2019, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

privé, depuis 2015, peuvent bénéficier, en raison de la pénibilité de leur travail, d'un départ anticipé jusqu'à deux ans ; certains fonctionnaires occupent des catégories d'emplois « actives » présentant « *un risque particulier ou des fatigues exceptionnelles* », et qui permet un départ anticipé de cinq ans (pompiers professionnels, aides-soignants, etc.), voire de dix ans (policiers, égoutiers, etc.), par rapport aux catégories « sédentaires »²¹⁴. Ces motifs de départ anticipé existent dans les autres régimes spéciaux, notamment à la SNCF, où ils sont généralisés, et à la RATP, où les possibilités d'anticipation de dix ans sont fréquentes. Ainsi, l'âge moyen de départ à la retraite était en 2017 d'environ 63 ans pour les fonctionnaires sédentaires et les salariés du secteur privé, d'environ 59 ans pour les fonctionnaires de catégorie active, et de 56 ans à la RATP.

Selon la Drees²¹⁵, l'application des règles de retraite des salariés du secteur privé aux fonctionnaires nés en 1958²¹⁶ aurait des effets marqués sur l'âge de départ à la retraite : 62 % pourraient bénéficier du taux plein au même âge, 27 % plus tard (les catégories actives) et 11 % plus tôt (surtout des femmes bénéficiant de majorations de durée d'assurance pour enfants). L'impact sur le montant des pensions serait faible en moyenne mais variable selon les assurés. Sous l'hypothèse de salaires nets inchangés lors du passage aux règles du secteur privé (avec le taux de cotisation moyen Agirc-Arrco), la pension moyenne des fonctionnaires diminuerait de 0,5 %, mais 52 % verraient leur pension tous régimes cumulée sur le cycle de vie augmenter, notamment parmi ceux dont la part des primes dans la rémunération est importante, et 48 % la verraient diminuer.

3 - Des effets sensibles sur les personnes aux faibles revenus et aux carrières incomplètes

Les mesures spécifiques aux faibles pensions

Les réformes des retraites ont également visé notamment à en atténuer les effets pour les assurés ayant de faibles pensions : majoration du minimum contributif au titre des trimestres cotisés (2004)²¹⁷, réduction du salaire nécessaire pour valider un trimestre au régime général (passage en 2014 de 200 à 150 Smic horaires, permettant à un salarié à tiers-temps et rémunéré au Smic de valider quatre trimestres par an), etc.

²¹⁴ Depuis le début des années 2000, le champ des catégories actives se réduit. En 2017, 31 000 fonctionnaires sont partis à la retraite au titre d'une catégorie active.

²¹⁵ « Les différences de retraite entre secteurs public et privé : résultats de simulations », *Les dossiers de la Drees* n° 16, mai 2017.

²¹⁶ Première génération ayant des règles relatives à l'âge de la retraite et à la durée d'assurance similaires entre salariés du régime général et fonctionnaires sédentaires.

²¹⁷ Ainsi que, hors système de retraite, les revalorisations exceptionnelles du minimum vieillesse (voir le chapitre VII sur les minima de pension de retraite).

Les mesures d'âge, moins favorables aux assurés à bas salaires

Cependant, les réformes, par le biais des mesures générales, pèseraient au total davantage sur les assurés à bas salaires ou étant sortis précocement de l'emploi.

Ces assurés ont été plus fortement touchés par l'indexation des salaires utilisés pour le calcul de la retraite sur les prix, qui favorise les assurés à carrière pleine et ascendante²¹⁸, généralement à hauts salaires. Cet effet est toutefois atténué par l'existence de minima de pension²¹⁹. Le passage de 10 à 25 du nombre d'années retenues pour le calcul du salaire de référence au régime général a en revanche moins défavorisé les assurés à bas salaires, dont la progression salariale est faible. L'allongement de la durée d'assurance requise pour le taux plein augmente davantage l'âge de départ à la retraite des assurés à salaires élevés, mais pèse davantage sur les montants de pension des assurés à bas salaires ou étant sortis précocement de l'emploi du fait de carrières plus souvent incomplètes. Par suite, la variation de la pension cumulée sur toute la période de retraite due à l'allongement de la durée d'assurance est du même ordre pour ces différentes catégories d'assurés. Enfin, les assurés à bas salaires ou étant sortis précocement de l'emploi sont plus fortement touchés que les autres par le recul des âges légaux, surtout le recul de l'âge d'annulation de la décote de 65 à 67 ans, qui les concerne davantage du fait de carrières plus courtes.

Au total, à long terme, par exemple pour la génération 1980, la perte de pension cumulée liée aux réformes depuis 2010 serait de plus de 10 % pour les assurés en dehors du marché de l'emploi dès 50 ans, contre 3,4 % pour ceux à salaires élevés²²⁰.

Bien que les femmes aient plus souvent de faibles salaires que les hommes, les réformes ont globalement favorisé la réduction des écarts en matière de retraite entre les femmes et les hommes²²¹.

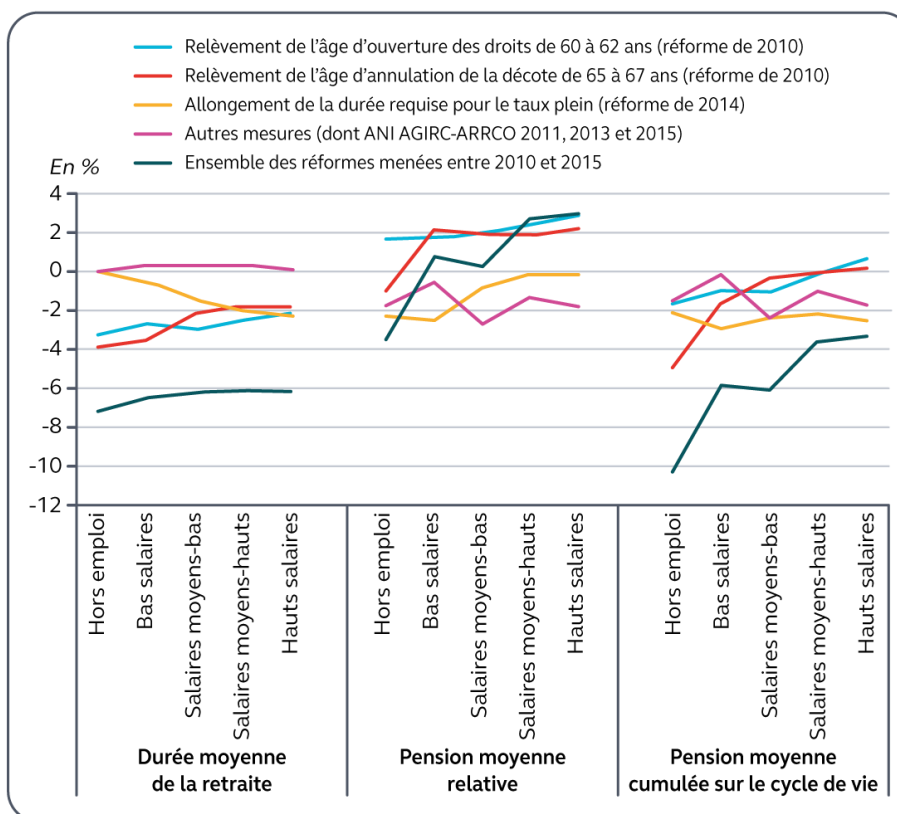
²¹⁸ Les salaires de début de carrière étant moins valorisés que ceux de fin de carrière du fait de l'écart entre l'évolution des salaires et celle des prix.

²¹⁹ I. Bridenne et C. Brossard, « Les effets de la réforme de 1993 sur les pensions versées par le régime général », *Retraite et société* n° 54, Cnav, 2008.

²²⁰ C. Duc, H. Martin et J. Tréguier, « Les réformes des retraites menées entre 2010 et 2015 : effets sur la situation des assurés, les dépenses des régimes et l'équité », *Études et Résultats* n° 985, Drees, décembre 2016.

²²¹ Il est passé, pour les pensions de droits directs hors majorations pour trois enfants, de 55 % en 2005 à 62 % en 2017 pour les résidents en France. En tenant compte de tous les droits directs et de la réversion, il est passé de 70 % en 2005 à 75 % en 2017, et devrait continuer d'augmenter pour atteindre 80 % vers 2025 et se stabiliser à près de 90 % à partir de 2040.

Graphique n° 21 : effets pour la génération 1980 des principales mesures des réformes des retraites de 2010 à 2015 sur la durée moyenne de la retraite, la pension moyenne relative et la pension moyenne cumulée sur le cycle de vie



ANI Agirc-Arrco : accords nationaux interprofessionnels, Association générale des institutions de retraite des cadres-Association des régimes de retraite complémentaire des salariés.

Notes : la pension moyenne relative est relative au salaire moyen par tête de l'économie. Les catégories de salaire « bas », « moyen-bas », etc. correspondent aux quartiles de salaire annuel médian entre 50 et 54 ans.

Lecture : la pension moyenne tous régimes cumulée sur le cycle de vie des assurés de la génération 1980 appartenant au quartile de salaire le plus élevé diminue de 3,4 %, après les réformes des retraites mises en œuvre entre 2010 et 2015, par rapport à une situation sans réformes.

Champ : ensemble des retraités de la génération 1980, y compris versement forfaitaire unique.

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

En particulier les réformes depuis 2010 contribueraient à réduire un peu les écarts de pension entre les femmes et les hommes (d'environ 2 points pour les générations 1960 à 1980). Elles joueraient à terme un peu plus fortement à la hausse sur l'âge de départ à la retraite des hommes que sur celui des femmes mais modestement (+1 point pour la génération 1980) et contribueraient ainsi à réduire l'écart de pension cumulée entre les femmes et les hommes de 1 point pour la génération 1960 à un peu plus de trois points pour la génération 1980²²².

CONCLUSION

À la différence des dépenses d'assurance maladie (cf. chapitre II du présent rapport), les dépenses de prestations familiales et de retraite ont été maîtrisées par l'effet de réformes structurelles, qui ont eu un impact direct sur la situation des assurés. D'une manière générale, dans le cas des prestations familiales, la baisse des prestations liées à la petite enfance a permis de davantage cibler les prestations sur les familles aux revenus faibles et modestes ; et dans le cas des retraites, les économies ont particulièrement sollicité les jeunes générations et les assurés les moins aisés.

La modération de la dépense de prestations familiales résulte principalement de la baisse récente de la natalité, ainsi que de la sous-indexation de l'évolution de ces prestations par rapport à l'inflation et des réformes des prestations destinées aux familles ayant de jeunes enfants : mise en place de la Prepa et mesures prises en 2014 et en 2018 sur le montant et les conditions de ressources de l'allocation de base, entraînant une baisse marquée de la dépense par enfant de 0 à 3 ans (près de -12 % en euros constants).

En revanche, la forte augmentation des prestations servies aux familles nombreuses et monoparentales les plus modestes a accru le caractère redistributif des prestations familiales, alors que les prestations servies aux tranches de revenu plus élevées ont diminué.

Les réformes menées en France depuis 1993 dans le domaine de la retraite ont conduit à freiner la progression des dépenses à court et à long terme. Le passage à l'indexation sur les prix et non plus sur les salaires, à la fois des salaires portés aux comptes et des pensions, a conduit aux économies les plus importantes : plus de 40 % des effets des réformes en 2019. Les mesures visant à rééquilibrer les durées d'activité et de retraite en augmentant

²²² C. Duc, H. Martin et J. Tréguier, « Les réformes des retraites menées entre 2010 et 2015 : effets sur la situation des assurés, les dépenses des régimes et l'équité », *Études et Résultats* n° 985, Drees, décembre 2016.

les âges de départ à la retraite et l'emploi ont eu des effets de moindre ampleur. Le relèvement des âges a eu des effets à court terme, alors que l'augmentation de la durée d'assurance a des effets à plus long terme.

La maîtrise des dépenses de retraite a toutefois conduit à des transferts de charge vers d'autres prestations sociales (chômage, invalidité, minima sociaux), atténuant les économies sur les dépenses publiques.

Par ailleurs, cet effort n'a pas été également réparti entre les assurés : les jeunes générations et les assurés à bas revenus ont davantage contribué à la réduction des dépenses. À cet égard, autant l'impact sur les assurés des réformes conduites dans le domaine des prestations familiales est la résultante de choix explicites, autant les effets sur la retraite de ces assurés n'apparaissent pas avoir été anticipés.

Deuxième partie

**Approfondir les politiques engagées
pour rendre le système de santé
plus efficace**

Chapitre IV

Les groupements hospitaliers

de territoire : un bilan en demi-teinte,

une réforme à poursuivre

PRÉSENTATION

Depuis près de 50 ans, de multiples tentatives de coopérations hospitalières ont eu lieu à travers divers supports juridiques proposés aux établissements de santé pour garantir à l'ensemble des citoyens une égalité d'accès à des soins de qualité. Fondés sur un principe d'adhésion volontaire, ces nombreux outils se sont montrés décevants, du fait de la fragilité des actions menées et d'une mise en œuvre inégale²²³.

La loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé est venue modifier cette logique en rendant obligatoire la participation des établissements publics de santé aux groupements hospitaliers de territoire (GHT). Ainsi, depuis le 1^{er} juillet 2016, 920 établissements publics de santé sont regroupés au sein de 136 GHT. Ces regroupements sont organisés par une convention constitutive établie pour dix ans et un projet médical partagé (PMP), mais ils ne disposent pas de la personnalité morale. Chacun comprend un « établissement support », qui administre les fonctions mutualisées et organise les instances du groupement, et des « établissements parties », qui concourent à la définition de la stratégie du GHT et à sa mise en œuvre.

À la différence des dispositifs de coopération antérieurs, le législateur a souhaité confier des missions propres aux GHT²²⁴ : il s'agit d'une part d'accroître l'efficacité de l'offre publique de soins par la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité et, d'autre part, de rechercher une rationalisation de la gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements.

²²³ Cf. Cour des comptes, « Les coopérations hospitalières », in *La sécurité sociale*, septembre 2011, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr ; et plus récemment dans l'étude d'impact préalable à la loi du 26 janvier 2016 (p. 97) : seules 116 fusions d'établissements avaient été réalisées entre 1995 et 2012 et 39 communautés hospitalières de territoire étaient recensées en 2013. De même, parmi les 600 groupements de coopérations sanitaires, seule une vingtaine était porteurs d'autorisations de soins aboutissant à des coopérations structurantes.

²²⁴ Article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Par une enquête de terrain auprès d'établissements et l'analyse inédite de la totalité des projets médicaux partagés des GHT²²⁵, la Cour a cherché à vérifier la capacité des GHT à répondre à ces objectifs. Les résultats de l'enquête font apparaître les difficultés des GHT à atteindre les objectifs assignés par la loi, dessinant ainsi un bilan en demi-teinte de ces regroupements, dont les causes sont exogènes aux GHT (I). Sans une modification substantielle de son cadre juridique, cette réforme restera largement empêchée (II).

I - Un bilan en demi-teinte

Incontestablement, la réforme des GHT a permis aux équipes hospitalières des différents établissements membres d'accroître leurs échanges, de concrétiser de nouveaux projets de collaboration ainsi que des actions d'entraide au niveau territorial. Les relations entre agences régionales de santé (ARS) et établissements de santé paraissent également facilitées par les GHT. La richesse et le nombre d'actions figurant dans les projets médicaux partagés en témoignent. Cependant, les attendus de la réforme étaient, à l'origine, plus ambitieux. En effet, le dispositif des GHT avait pour ambition d'apporter des corrections significatives aux faiblesses structurelles du système hospitalier public, de corriger les inégalités territoriales dans l'accès aux soins des populations et de mettre en œuvre une politique résolue de rationalisation et de mutualisation de la gestion.

A - Des inégalités d'accès aux soins qui persistent

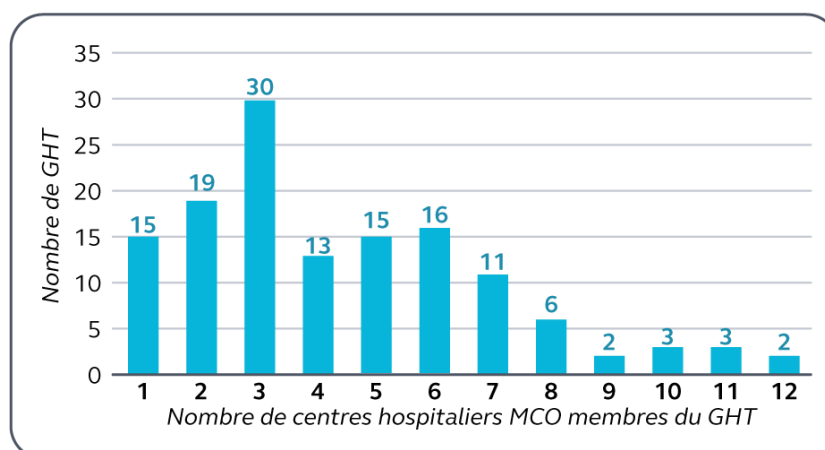
Le découpage territorial des GHT aurait dû contribuer à corriger les inégalités d'accès aux soins sur le territoire. Pourtant, il a abouti à la constitution de GHT hétérogènes, réunissant parfois un trop faible nombre d'établissements sanitaires pour être en capacité d'atteindre les objectifs de la réforme.

²²⁵ L'enquête menée par la Cour a porté sur la totalité des 136 GHT. Au cours de cette étude, 129 projets médicaux partagés (PMP) ont été analysés et près de 500 professionnels de santé, élus et usagers ont été rencontrés dans 13 GHT représentatifs (soit un GHT par région métropolitaine et au total 77 établissements de santé).

1 - Des GHT hétérogènes dont certains n'offrent pas le panier de soins minimal attendu

Les GHT médians se composent de quatre centres hospitaliers polyvalents et d'un hôpital de proximité²²⁶. Cependant, en dehors des GHT à orientation strictement psychiatrique, il apparaît que dans 15 GHT, l'établissement support est le seul établissement sanitaire²²⁷ du groupement et 19 GHT n'en comptent pas plus de deux. Au total, un quart des GHT comptent au plus deux établissements MCO, mais 20 % en comptent plus de six.

Graphique n° 22 : distribution des effectifs de GHT en fonction du nombre de centres hospitaliers membres du GHT



Source : Cour des comptes d'après les données Diamant, pour les 135 GHT définis en 2018.

Note de lecture : est considéré comme centre hospitalier tout établissement public de santé réalisant des activités de médecine et/ou chirurgie et/ou obstétrique, quel que soit le mode d'hospitalisation.

²²⁶ De plus, la moitié des GHT comprennent un établissement ou service médico-social public, et la moitié comprennent un établissement public de santé mentale.

²²⁷ C'est-à-dire les établissements, personnes morales, assurant une activité de médecine et/ou de chirurgie et/ou d'obstétrique (MCO) et en excluant les établissements assurant exclusivement une activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) et/ou de soins de longue durée (SLD). Ce décompte ne tient pas compte des GHT à orientation psychiatrique. Données actualisées au 1^{er} janvier 2020.

En termes de capacité d'hospitalisation, 66 GHT disposent de moins de 1 000 lits et places²²⁸. En ne prenant en compte que les seules activités de médecine, chirurgie et obstétrique, 32 GHT disposent de moins de 500 lits et places et réalisent moins de 50 000 séjours par an, alors que 15 GHT ont plus de 2 000 lits et places pour une activité de plus de 130 000 séjours par an. Ainsi, l'activité réunie des 10 GHT de plus petite taille représente moins de 40 % de l'activité totale d'un GHT comme celui des Bouches-du-Rhône.

Du fait de cette hétérogénéité, tous les GHT ne sont pas en mesure d'offrir un panier de soins homogène. Si la quasi-totalité proposent des activités de médecine, de chirurgie et de soins de suite et de réadaptation (SSR), certaines activités apparaissent moins présentes : c'est le cas de l'obstétrique en hospitalisation partielle (exercée dans 90 % des GHT)²²⁹, de la psychiatrie (79 % des GHT) et de l'hospitalisation à domicile (54 % des GHT). Il en est de même pour les plateaux médicotéchniques : si la quasi-totalité des GHT offrent un accès à un équipement IRM, scanner ou à un bloc opératoire, les activités interventionnelles²³⁰ sont représentées de façon très inégale, alors même qu'il s'agit d'une pratique médicale désormais nécessaire à l'ensemble des spécialités médico-chirurgicales, qui produit un nombre d'actes en constante augmentation²³¹.

²²⁸ Année 2018, toutes activités sanitaires confondues (MCO, SSR, Psychiatrie et USLD).

²²⁹ Modalité d'hospitalisation permettant par exemple le suivi médical en hospitalisation de jour des grossesses pathologiques, des grossesses à risques et la surveillance des dépassements de terme.

²³⁰ C'est-à-dire l'ensemble des actes médicaux invasifs ayant pour but le diagnostic ou le traitement d'une pathologie, réalisés sous guidage et sous contrôle de l'imagerie produite par des appareils de radiologie.

²³¹ « Avenir de la radiologie interventionnelle », *La Presse Médicale*, volume 48, n° 6, pages 648-654 (juin 2019).

Tableau n° 16 : typologie de l'offre de soins proposée par les GHT²³²

Typologie de prise en charge	effectif 2016	effectif 2018	% (2018)
GHT avec activité de médecine HC	132	132	100,0 %
GHT avec activité de médecine HP	129	130	98,5 %
GHT avec activité de chirurgie en HC	131	130	98,5 %
GHT avec activité de chirurgie en HP	128	128	97,0 %
GHT avec activité d'obstétrique en HC	130	130	98,5 %
GHT avec activité d'obstétrique en HP	119	119	90,2 %
GHT avec activité de psychiatrie en HC	105	107	79,3 %
GHT avec activité de psychiatrie en HP	103	106	78,5 %
GHT avec activité de SSR HC	133	133	98,5 %
GHT avec activité de SSR HP	109	110	81,5 %
GHT avec activité USLD	127	126	95,5 %
GHT avec activité d'HAD	76	71	53,8 %
GHT avec activité d'urgence	130	130	98,5 %
Plateaux techniques			
GHT disposant d'une IRM	127	128	97,0 %
GHT disposant d'un scanner	130	130	98,5 %
GHT disposant d'un bloc	131	131	99,2 %
GHT disposant de salles d'activités interventionnelles sous imagerie	106	106	80,3 %
GHT disposant de salles d'activités interventionnelles sous imagerie fonctionnant 24h/24	49	50	37,9 %

Source : Cour des comptes d'après les données de la SAE-Drees et PMSI-Atih, France entière, 2018
 HC : hospitalisation complète ; HP : hospitalisation partielle ; SSR : soins de suite et de réadaptation ;
 USLD : unité de soins de longue durée ; HAD : hospitalisation à domicile.
 Note de lecture : nombre de GHT offrant, en 2016 ou 2018, un type de prise en charge donnée.
 Le ratio figurant à la dernière colonne exclut les GHT psychiatriques du dénominateur pour les activités MCO. Le périmètre pris en compte peut donc légèrement varier d'une ligne à l'autre.

Ainsi, pour ce qui concerne la prise en charge des pathologies graves et urgentes que sont l'accident vasculaire cérébral (AVC) et l'infarctus du myocarde²³³, il apparaît que 24 GHT, couvrant une part substantielle du territoire national, ne disposent pas d'une unité neuro-vasculaire (UNV). Parmi ceux-ci, trois GHT bénéficient d'une UNV implantée sur leur

²³² Typologie comprenant, en complément des activités MCO et de psychiatrie, les soins de suite et de réadaptation (SSR), les soins de longue durée pratiqués dans des unités dédiées (USLD) et l'hospitalisation à domicile (HAD).

²³³ On compte chaque année en France en moyenne 150 000 AVC et 80 000 infarctus du myocarde. Environ 10 % des victimes décèdent dans l'heure qui suit et le taux de mortalité à un an est de 15 % (source : Inserm).

territoire mais qui relève d'un établissement privé non membre du GHT²³⁴. Par ailleurs, 38 GHT ne disposent pas d'un plateau d'angioplastie coronaire²³⁵ au sein des établissements membres : certes, sept d'entre eux bénéficient de la présence d'un plateau relevant d'un établissement privé non membre du GHT, mais il reste que dans les 31 autres, dont 15 départementaux, l'offre de soins est significativement incomplète. Au total, 35 % des GHT²³⁶ ne disposent pas d'une offre de soins de référence pour ces deux pathologies, obligeant ces groupements à recourir à une coopération hors GHT, en contradiction avec les objectifs de la réforme en termes d'égalité d'accès à une offre de soins publique de qualité.

Tableau n° 17 : UNV et cardiologie interventionnelle dans les GHT

Typologie de prise en charge	effectif 2019	% (2019)
GHT disposant d'une unité neuro-vasculaire (UNV)	105	81,4 %
GHT disposant d'un plateau technique (PT) d'angioplastie	90	70,3 %
GHT ne disposant ni d'une UNV ni d'un PT d'angioplastie	18	14,0 %
GHT disposant d'une UNV et d'un PT d'angioplastie	84	65,1 %
GHT disposant soit d'une UNV soit d'un PT d'angioplastie	27	20,9 %

Source : Cour des comptes d'après les données croisées de la SAE, de la base Argos, des ARS et des sites internet des établissements

Note de lecture : le ratio figurant à la dernière colonne exclut du dénominateur les GHT outre-mer et les GHT strictement psychiatriques, ainsi que, pour les seules activités d'angioplastie, le GHT Paris Psychiatrie et Neurosciences.

En 2019, soit trois ans après l'adoption de la loi de modernisation de notre système de santé, l'Igas a établi une liste des activités de référence devant être présentes dans l'ensemble des GHT²³⁷. Parmi ces activités figurent l'obstétrique, la psychiatrie et les spécialités interventionnelles. Force est donc de constater que ce panier de soins minimal n'est aujourd'hui pas présent dans l'ensemble des GHT.

²³⁴ Ces trois GHT sont situés en région Île-de-France.

²³⁵ L'angioplastie coronaire est indiquée prioritairement en cas de syndrome coronaire aigu ou au cours de l'infarctus aigu du myocarde (dans un délai idéal de trois heures après le début des symptômes) ou en cas d'échec de la thrombolyse (moyen médicamenteux pour déboucher l'artère).

²³⁶ Soit 18 GHT sans aucune offre en la matière et 27 GHT avec une offre partielle.

²³⁷ C. Dagorn, D. Giorgi, A. Meunier, *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire*, Igas, décembre 2019.

2 - Le risque de voir perdurer des GHT à plusieurs vitesses

Les GHT dépourvus d'une partie de l'offre de soins minimale sont dans la plupart des cas ceux dans lesquels ne figurent qu'un faible nombre d'établissements sanitaires. Cette situation est aggravée par le fait qu'ils sont majoritairement implantés dans des territoires défavorisés en termes d'indicateurs de santé. À titre d'illustration, sur les 39 GHT composés au plus de trois centres hospitaliers²³⁸, 24 sont situés dans des territoires où la surmortalité prématurée²³⁹ est supérieure à la moyenne²⁴⁰. La situation épidémiologique de ces territoires justifierait pourtant la mise à disposition, au sein du GHT, d'un large panel de prises en charge hospitalières de proximité et de référence.

Par ailleurs, au sein de territoires fortement touchés par une démographie médicale insuffisante, la composition des GHT aurait pu jouer un rôle utile, en associant au sein d'un même groupement des établissements pénalisés par un manque de ressources médicales avec des établissements mieux dotés, susceptibles de leur porter assistance. Pourtant, parmi les GHT implantés dans les 10 départements²⁴¹ les plus concernés par une démographie médicale défavorable, seule la Creuse a été rattachée à un GHT doté d'un CHU permettant d'atténuer partiellement ces inégalités. À l'opposé, les départements de l'Yonne et de la Seine-et-Marne, qui présentent une situation critique, ont été segmentés en cinq GHT, rendant ainsi plus difficile toute assistance réciproque.

De plus, d'ici à 2040, certains territoires seront confrontés à une forte hausse de l'âge moyen de leur population et de la prévalence des maladies chroniques²⁴² et, en parallèle, à une faible augmentation du nombre de médecins spécialistes. Cet effet de ciseaux se fera plus particulièrement ressentir en Corse ainsi que dans les ex-régions Lorraine,

²³⁸ Ce décompte ne tient pas compte des GHT situés en Ile-de-France, des 2 GHT psychiatriques, des 6 GHT fusionnés et des GHT situés dans des métropoles (par exemple : GHT Rhône-Centre, GHT de la Vienne).

²³⁹ Il s'agit du nombre de décès au cours de l'année d'individus âgés de moins de 65 ans, sur la population totale des moins de 65 ans (données Insee).

²⁴⁰ C'est particulièrement le cas pour les GHT de Centre-Bretagne, Rance-Émeraude, Centre-Manche, Cotentin, Douaisis, Artois-Ternois, Nord-Yonne, les trois GHT de l'Oise, le GHT Ouest-Hérault ou le GHT Moselle-Est.

²⁴¹ Dans l'ordre de criticité croissante de l'indicateur d'évolution de la densité médicale entre 2007 et 2016 : l'Ain, l'Eure, la Mayenne, la Seine-et-Marne, la Dordogne, le Gers, la Creuse, le Cher, l'Indre et l'Yonne (source : Ordre national des médecins, *Atlas de la démographie médicale* pour 2016).

²⁴² M. Chassang et A. Gautier, *Les maladies chroniques*, avis du Conseil économique, social et environnemental, juin 2019.

Poitou-Charentes et Picardie. À l'inverse, en Ile-de-France ainsi que dans les ex-régions Nord-Pas-de-Calais et Rhône-Alpes, territoires où la proportion des moins de 39 ans est d'ores et déjà la plus forte, la densité en médecins spécialistes progressera fortement, alors que l'augmentation de l'âge moyen des habitants sera faible. C'est donc dans les territoires les plus jeunes et les moins exposés à l'évolution des maladies chroniques que la démographie médicale en spécialistes va le plus progresser entre 2020 et 2040. Si la création des GHT ne peut résoudre à elle seule les problèmes de démographie médicale, laisser perdurer des groupements de taille réduite, non adossés à un centre hospitalier important, notamment en Lorraine, en Poitou-Charentes ou en Picardie, ne permettra pas de préparer activement le phénomène de transition épidémiologique²⁴³ que représentent les maladies chroniques. Ces GHT resteront exposés à des difficultés durables en termes de recrutement médical et de maintien des activités de proximité et de référence.

B - Un faible niveau d'intégration des établissements au sein des GHT

Alors que la loi pousse les GHT à mettre en œuvre une stratégie d'intégration marquée entre les établissements membres dans le but d'améliorer la gradation des soins²⁴⁴ et la mutualisation des fonctions medicotechniques et de support, l'analyse réalisée par la Cour montre que la logique propre à chaque établissement continue à largement prédominer.

²⁴³ La transition épidémiologique est le passage, sous l'influence du développement socio-économique, d'une structure de mortalité à dominante infectieuse à une structure de mortalité à dominante chronique et dégénérative (l'une n'excluant pas l'autre, comme le montre l'épidémie de covid-19, qui touche particulièrement les patients atteints de maladies chroniques).

²⁴⁴ La nature des soins délivrés à l'hôpital revêt une grande variabilité en termes de complexité et de risques associés. À ce titre, les soins hospitaliers sont répartis en trois niveaux de complexité et/ou de risques croissants : les soins de proximité, de référence et de recours. La gradation des soins vise à assurer la bonne répartition de ces activités entre établissements hospitaliers en concentrant les activités les plus spécialisées sur un nombre restreint d'établissements, afin de garantir une meilleure sécurité de prise en charge par le biais de files actives de patients plus importantes.

1 - Des GHT qui préservent la logique d'établissement au détriment de celle du groupe

Les projets médicaux partagés, qui déterminent les orientations stratégiques du GHT en matière de soins pour la période 2017-2022, ne sont pas de nature à modifier significativement la nature des liens entre établissements. L'analyse réalisée par la Cour²⁴⁵ montre en effet que 65,3 % des projets de collaboration figurant dans les projets médicaux partagés prévoient la mise en œuvre d'une entraide entre membres, sans pour autant créer de liens organiques²⁴⁶ au sein du GHT, en maintenant les organisations en place et l'autonomie des équipes médico-soignantes et des établissements. Seule une minorité des actions prévues dans les projets médicaux partagés poursuit un objectif d'intégration, comme l'illustre le faible recours aux pôles inter-établissements²⁴⁷ : sur les 1 902 filières de soins analysées par la Cour au sein des 129 projets médicaux partagés disponibles, seules 99 filières prévoient la création à court ou moyen terme d'un pôle inter-établissements (soit 5,2 %) dans 47 GHT différents. De même, les actions ayant pour conséquence le rapprochement de services dans le but de restructurer l'offre de soins, constituent des situations très rares : ces actions n'ont en effet été retrouvées qu'à 23 reprises sur les 1 560 filières médico-chirurgicales analysées.

Sur le plan médicotechnique, rares sont les initiatives visant à rassembler de manière intégrée, sur le territoire du GHT des laboratoires, des pharmacies ou des services d'imagerie. Seules les activités dont l'intégration est exigée par la loi ont fait l'objet de démarches significatives mais qui restent encore inabouties. La mutualisation de la fonction achat paraît la plus avancée, mais elle profite d'une forte antériorité de la démarche initiée avec le programme Phare à la fin 2011. Par ailleurs, en matière d'informatique hospitalière, la grande hétérogénéité des systèmes numériques de gestion des

²⁴⁵ L'analyse des modes de collaboration mis en œuvre au sein des GHT a nécessité la définition d'une méthodologie spécifique par la Cour, en l'absence d'outil préexistant. La méthode retenue a consisté à analyser les 1 902 filières de soins (soit 1 560 filières cliniques et 342 filières médico-techniques) identifiées dans 129 PMP, en affectant à chaque filière un modèle-type de collaboration.

²⁴⁶ Fusion d'équipes ou d'établissement, pôles inter-établissements, regroupement d'activités.

²⁴⁷ Les pôles inter-établissements constituent l'outil de coopération le plus intégratif à la disposition des GHT. Ils visent à la mise en œuvre du PMP par la création d'un pôle transversal réunissant les ressources et les activités d'unités fonctionnelles ne relevant pas des mêmes établissements. Le chef de pôle a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle inter-établissements. Il organise le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités et des lieux de réalisation de l'activité.

dossiers des patients entre établissements rend souvent impossible à court terme la mise en place d'un dossier patient unique de GHT et favorise les logiques d'interopérabilité technique et fonctionnelle en lieu et place d'une convergence plus structurante pour l'avenir.

Dans la plupart des cas, les causes de cet attentisme sont externes aux GHT et ont à la fois une dimension juridique, financière, technique et statutaire. Le manque de ressources médicales constitue un facteur de blocage omniprésent.

2 - L'absence de personnalité morale explique en grande partie ce faible niveau d'intégration

Un GHT n'a pas la personnalité morale. Il s'agit d'un compromis juridique trouvé en 2016, qui emporte aujourd'hui des conséquences dommageables en termes d'adaptabilité opérationnelle, s'avère consommateur de ressources et pousse les acteurs au maintien d'un *statu quo*.

Cette absence de personnalité morale se traduit en termes de gouvernance par un nombre déraisonnable d'instances créées au sein des GHT, qui alourdissent considérablement le processus de prise de décisions²⁴⁸. De plus ce dispositif, marqué par une complexité excessive, éloigne les GHT des élus locaux, des patients et d'une façon générale de la population. Le manque d'agilité qui en résulte provoque à la fois un ralentissement de la prise de décisions, une pesanteur administrative (notamment en termes d'achats), voire des décisions sans respect des procédures. C'est ainsi que les projets médicaux partagés sont souvent en décalage avec la réalité de terrain puisqu'une partie des actions réalisées n'a pas donné lieu, compte tenu de la lourdeur de la gouvernance, à des avenants ou à des révisions formelles de ces documents stratégiques. Cette situation place alors l'ARS dans l'impossibilité de connaître et de contrôler la véritable organisation des soins sur son territoire et peut conduire également à une forme de désintérêt et à un désengagement des personnels médico-soignants du GHT, organisation perçue par eux comme bureaucratique.

²⁴⁸ Par exemple, le GHT du Limousin doit actuellement consulter environ 90 instances pour faire évoluer sa convention constitutive ou son PMP. D'autres GHT de taille plus modeste sont également confrontés à la nécessité de consulter une cinquantaine d'instances pour agir sur leur projet médical ou sur une action stratégique.

De surcroît, l'absence de personnalité morale des GHT continue à faire de chaque établissement de santé le principal point focal dans son territoire, pour les élus, les médecins, les soignants, les directeurs ou les usagers. Cette situation est entretenue par le maintien de l'ensemble des dispositifs administratifs et juridiques, qui continuent à se décliner à l'échelle de chaque établissement membre et non à celle du territoire du GHT. C'est le cas, par exemple, des autorisations sanitaires et de l'appréciation des seuils minimaux d'activité, du pilotage de l'offre de soins par les ARS, des projets d'investissements lourds soumis au Copermo²⁴⁹ ou de l'affectation des chefs d'établissements ou celle des praticiens hospitaliers.

Face à ce constat, des établissements sanitaires membres de quelques GHT ont fait le choix de fusionner au sein d'un établissement de santé unique, afin de retrouver une plus grande capacité et une plus grande cohérence d'actions. Ces fusions se sont traduites par la mise en œuvre de projets plus structurants, illustrant ainsi que le maintien de l'autonomie juridique des établissements support et parties du GHT ne semble pas la voie la plus efficace pour atteindre les objectifs assignés par la loi aux GHT. Six GHT sont aujourd'hui dans cette situation²⁵⁰ et d'autres projets sont en cours²⁵¹.

C - Un impact faible des GHT sur l'offre et la consommation de soins

Conséquence logique des constats précédents, les entretiens et travaux menés par la Cour ne permettent pas de conclure à un impact notable des GHT, tant en matière d'offre de soins que de consommation de soins sur le territoire.

1 - Une offre de soins peu modifiée du seul fait des GHT

En termes d'orientations stratégiques, les GHT ont souvent tenté d'apporter une réponse au manque de ressources médicales dans les territoires. Pour ce faire, la mise en œuvre de consultations avancées

²⁴⁹ Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers.

²⁵⁰ GHT Nord-Ardenne, Sud-Bretagne, Nord-Essonne, 77 Nord, Haute-Saône et Paris-psychiatrie neurosciences.

²⁵¹ Les GHT Rance-Émeraude et GHT de la Vienne.

nouvelles²⁵² et le maintien d'activités de soins menacées dans les plus petits établissements ont constitué, grâce au partage de médecins entre établissements²⁵³, les principaux apports des projets médicaux partagés.

Du fait de ces orientations, la création des GHT n'a pas conduit à une plus forte mutualisation des plateaux techniques les plus coûteux. Ainsi en 2014, l'hospitalisation publique comptait 3 338 salles d'interventions chirurgicales réparties au sein de 454 sites hospitaliers²⁵⁴. Entre 2014 et 2018, le nombre de salles a diminué de 0,7 % par an et le nombre de sites hospitaliers détenteur d'un bloc opératoire a diminué 1,2 % par an. Cependant, en incluant l'activité d'obstétrique, le nombre d'établissements publics disposant d'un bloc opératoire n'a pas varié ainsi que le nombre d'établissements publics disposant d'une unique salle d'intervention chirurgicale (26 établissements)²⁵⁵.

En matière d'activités de nature interventionnelle et durant la période sous revue, aucune évolution significative n'est intervenue : trois établissements hospitaliers publics ont cessé leurs activités mais dans le même temps, quatre établissements en ont créé.

2 - Une consommation de soins qui évolue peu

L'hypothèse, souvent avancée, selon laquelle les GHT seraient la cause d'un appauvrissement de l'activité de soins des plus petits établissements au profit des établissements support, ne semble pas vérifiée, en termes tant de volume d'activité que d'éventail des prises en charge ou que de niveau de complexité de celles-ci.

Si dans 59 % des GHT, l'établissement support voit son activité progresser plus vite que celle des établissements parties, dans 31 % des cas, le phénomène inverse est constaté. L'étude de l'évolution du

²⁵² Ce mode de collaboration, qui consiste à projeter des médecins dans les établissements de santé éloignés des grands centres urbains afin d'y pratiquer des consultations médicales spécialisées régulières, est ancien et préexistait aux GHT. Au sein des PMP, la Cour a identifié 439 filières qui mentionnent la mise en œuvre d'au moins une consultation avancée, soit 28 % des filières cliniques.

²⁵³ Le partage de temps médical figure dans 302 filières cliniques ou médicotechniques (soit 11 % des filières) et dans 86 PMP.

²⁵⁴ Hors obstétrique, d'après les données de la Drees (*Panorama des établissements de santé* pour 2016 et 2020).

²⁵⁵ D'après les données Hospidag SAE-Drees 2014 et 2018 (indicateur CI-E5 pour les CHR, CH et HP).

*case-mix*²⁵⁶ montre également que pour une proportion significative des GHT, leurs établissements parties ont connu une diversification accrue des prises en charge alors que dans le même temps, la plupart des établissements supports (60 % d'entre eux) ont vu leur *case-mix* s'appauvrir²⁵⁷.

Par ailleurs, la stratégie de groupe recherchée par la réforme des GHT, si elle semble s'installer dans la pratique quotidienne²⁵⁸, n'a pas produit d'effets en termes de croissance des parts de marché du secteur de l'hospitalisation publique. En effet, entre 2014 et 2018, les GHT ont connu une baisse de leurs parts de marché de 0,3 %, qui n'est pas homogène d'une spécialité médicale à l'autre, et doit s'analyser, en creux, au regard de l'évolution connue par le secteur privé lucratif.

II - Mener à son terme la réforme des GHT

A - Réviser le mode de suivi et de gouvernance des GHT

Pour pouvoir pleinement remplir ses objectifs, le régime des GHT devrait être simplifié, afin de leur donner une réelle agilité et de leur permettre d'assumer la responsabilité qui est la leur vis-à-vis de la population.

1 - Simplifier la gouvernance des GHT par la mise en œuvre d'une unité managériale

Compte tenu de la complexité de la gouvernance des GHT et des lourdeurs entraînées par la multiplication des instances, la loi santé de 2019 a ouvert la possibilité, pour les GHT qui le souhaitent, de fusionner des instances de manière à créer une gouvernance plus intégrée²⁵⁹. Cette première mesure de simplification trouve particulièrement son sens dans les GHT composés d'établissements sanitaires placés sous direction commune²⁶⁰ (soit 35 % des GHT).

²⁵⁶ Anglicisme désignant l'éventail des cas médicaux et chirurgicaux traités par un établissement de santé.

²⁵⁷ Ces évolutions concernent uniquement les activités hospitalières retracées dans le PMSI (hors actes et consultations externes).

²⁵⁸ Constat fondé sur l'étude des transports de patients hospitalisés entre établissements de santé.

²⁵⁹ Cette simplification est cependant soumise à des textes d'application qui sont en préparation depuis la fin de l'année 2019.

²⁶⁰ La direction commune constitue, sur le plan juridique, un mécanisme statutaire qui permet de confier à un directeur la responsabilité et la conduite de l'ensemble des établissements sanitaires du GHT.

Les directions communes, source d'efficience dans la gestion administrative, permettent en effet de mieux valoriser le rôle des GHT auprès des élus et de favoriser la prise de décisions intégratives, cohérentes et compatibles avec les objectifs de la réforme²⁶¹. Cette voie doit être encouragée.

Pour autant, si les directions communes sont un facteur de meilleure intégration au sein des GHT, elles ne permettent pas d'unifier le management médical du GHT, à la différence de la fusion juridique des établissements. De plus, leur régime juridique paraît fragile et exposé à des aléas locaux. Ce manque de stabilité juridique les expose en permanence à un risque de dissolution et à des blocages contre-productifs pour l'offre de soins d'un territoire²⁶². La mise en œuvre d'une direction commune au sein d'un GHT pourrait ainsi relever de la seule initiative de l'ARS et des directions d'établissements et des communautés médicales des établissements concernés.

2 - Faire du GHT une étape vers l'émergence d'une personnalité morale unique

La mise en œuvre d'une direction commune devrait avoir pour vocation d'encourager, là où c'est possible, les établissements membres d'un GHT à fusionner pour constituer une personne morale unique, offrant aux patients du territoire, de manière graduée, les services de proximité, de référence et de recours. Les fusions d'établissements sanitaires sont des processus longs et complexes²⁶³ qui s'appuient systématiquement sur une direction commune et s'avèrent sur le long terme l'option la plus structurante pour l'offre de soins publique dans le cadre d'une

²⁶¹ Ainsi, parmi les 25 GHT présentant les niveaux d'intégration les plus forts selon l'analyse menée par la Cour, figurent 13 GHT en direction commune (soit 52 %). *A contrario*, parmi les 25 GHT présentant les scores intégratifs les plus faibles, ne figurent que quatre GHT en direction commune (soit 16 %).

²⁶² À titre d'illustration, le conseil de surveillance du CH de Vendôme s'est opposé en 2018 à la mise en place d'une direction commune avec le CH de Blois dans le cadre du GHT Loir-et-Cher. Jusqu'en 2018, le CH de Château-Thierry et de Soissons étaient en direction commune au sein du même GHT. Cette situation a été interrompue en 2018, à la suite d'une décision du conseil de surveillance du CH de Château-Thierry.

²⁶³ À titre d'illustration, la décision de fusion des quatre établissements MCO du GHT Bretagne Sud a été prise en juin 2016 pour une mise en œuvre effective au 1^{er} janvier 2018.

responsabilité nouvelle à l'égard de la population²⁶⁴. Cette mesure permet en effet de répondre efficacement à la question de la simplification des organisations, l'optimisation des moyens, la fin de la concurrence intra-GHT, la mise en œuvre d'une solidarité organique entre structures hospitalières et d'une collaboration cohérente entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social. La fusion des établissements apporte également une plus grande simplicité de gestion en termes d'affectation des personnels notamment en matière de médecine d'urgence ou de psychiatrie où la notion de territoire a une dimension plus pertinente que la notion d'établissement. Ce mode d'organisation projeté rapprocherait ainsi les GHT du modèle allemand des « chaînes hospitalières »²⁶⁵. La gestion de crise semble par ailleurs largement facilitée au sein d'un grand ensemble hospitalier bénéficiant d'une direction commune.

Les GHT face à l'épidémie de covid-19

La crise sanitaire qui a touché la France au premier semestre 2020 a mobilisé de façon exceptionnelle les établissements de santé et les GHT. Dans cette situation inédite, les GHT ont pu jouer un rôle facilitant en termes de gestion des lits, d'orientation des patients, de coopération territoriale avec le secteur privé et les établissements médico-sociaux et d'approvisionnement en matériels. Ainsi, Santé publique France (comme certaines ARS) a fait des 136 GHT ses principaux interlocuteurs en termes de répartition des moyens individuels de protection entre les 920 établissements de santé ou médico-sociaux membres de GHT.

Certains GHT sont allés au-delà, en apportant une aide ciblée aux équipes hospitalières ou médico-sociales des établissements membres. Le CHU de Nancy a ainsi déployé huit équipes de dépistage covid-19 dans les Ehpad associés aux GHT. Des actions de formation au dépistage des personnels soignants du GHT ont été recensées au GHT Lille-métropole Flandre intérieure et Hainaut-Cambrésis. Les GHT ont parfois constitué également le cadre de participation à des essais cliniques (GHT des Landes).

²⁶⁴ L'article 35 de la loi du 24 juillet 2019 érige le principe de la responsabilité territoriale vis-à-vis de la population partagée avec professions libérales, rassemblées au sein des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

²⁶⁵ Amorcé au début des années 2000, le développement de chaînes d'hôpitaux en Allemagne a conduit à de nombreuses fusions et acquisitions d'hôpitaux. Ces chaînes présentent pour caractéristique commune une unité managériale qui définit la gouvernance, les normes, protocoles et procédures, et gère souvent les fonctions centralisées (approvisionnement, logistique, *back-office*). En revanche, chaque site du groupe est administré par une équipe locale avec délégation de décision dans les conditions définies par le conseil d'administration du siège.

Enfin, quelques GHT ont pu déployer une réponse territoriale plus forte face à la crise. Ces GHT ont pour point commun de disposer d'une direction commune. C'est le cas par exemple pour le GHT Brocéliande-Atlantique, le GHT Bretagne-occidentale ou le GHT Cœur Grand Est. Ces groupements ont procédé à une réorganisation de leurs activités de soins permettant à la fois d'accroître leurs capacités de dépistage, d'orientation des patients, de prise en charge en service de médecine, de soins continus ou de réanimation. Certaines organisations ont permis d'effacer les limites juridiques posées par la notion d'établissement au sein d'un même groupement. Ainsi pour le GHT Cœur Grand Est, fortement touché par l'épidémie, la répartition du personnel soignant, du matériel (masques, blouses, solutions hydro-alcooliques) et des médicaments s'est faite en fonction du besoin des soignants, évitant ainsi toute rupture d'approvisionnement ou sur-sollicitation des personnels, malgré un taux d'absentéisme élevé du fait même de l'épidémie.

3 - Renforcer le suivi de la réforme

La mesure des résultats de la réforme des GHT n'a pas été réalisée de manière continue par la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) du ministère de la santé et des solidarités. À titre illustratif, les tableaux de bord destinés à identifier le respect des attendus relatifs au contenu des conventions constitutives et aux projets médicaux partagés n'ont pas été mis à jour de manière régulière. Le suivi de la réforme aurait dû conduire la DGOS à procéder à l'analyse exhaustive du contenu des projets médicaux partagés et à présenter des résultats clairs et explicites aux agences régionales de santé et aux établissements de santé. De la même manière, la mesure du niveau d'intégration des GHT, qui traduit la maturité de leur projet, n'est pas formalisée par le niveau national. Aucun indicateur n'a été élaboré pour évaluer les écarts d'intégration qui existent entre les différents GHT. Il apparaît donc indispensable de formaliser un suivi plus précis de la mise en place des GHT et de leurs conséquences sur l'organisation des soins. Les conventions constitutives elles-mêmes sont, à ce stade, purement descriptives et peu engageantes pour les établissements. Elles ne présentent pas d'objectifs précis à atteindre et ne comprennent pas d'indicateurs de mesure de résultats.

Cette absence d'une politique formalisée d'évaluation de la mise en œuvre et des réalisations des GHT leur porte aujourd'hui préjudice, puisqu'elle ne permet pas de déterminer leurs incidences sur l'offre publique de soins. Pour corriger ce manque, la mesure des effets des GHT pourrait aujourd'hui prendre la forme d'un avenant à leur convention

constitutive. Un tel avenant pourrait fixer des engagements discutés avec l'ARS et évalués annuellement par celle-ci. Si l'absence de personnalité morale du GHT ne permet pas la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs, la mise en place d'avenants qui engagent les GHT permettrait *a minima* de mesurer leur rôle au niveau régional.

B - Au sein de GHT plus homogènes, garantir la prise en compte des besoins de proximité

1 - Des GHT plus homogènes en taille et offre de soins

La mise en œuvre des objectifs fixés par la loi, notamment en termes de gradation des soins et de mutualisations, nécessite que les GHT disposent d'une taille minimale, en termes tant d'étendue géographique que de niveau de peuplement ou d'activités de soins. Pour ce faire, le panier de soins minimal d'un GHT doit être défini en référence aux notions de soins de proximité, de référence et de recours, qui doivent également faire l'objet d'une définition médicale plus nette²⁶⁶. Ces orientations impliquent donc le rapprochement des GHT de taille aujourd'hui trop réduite au sein d'ensembles hospitaliers fournissant une offre de services médicaux plus complète.

De plus, cette révision du périmètre territorial des GHT gagnerait à être déterminée rapidement afin que les travaux de convergence et d'harmonisation des outils informatiques, médicotechniques et administratifs puissent directement se faire au sein des GHT redéfinis, évitant ainsi des travaux ultérieurs complexes d'interopérabilité.

2 - Des GHT en mesure de garantir une offre de proximité adaptée à la transition épidémiologique

L'épidémie de covid-19 ne saurait masquer le phénomène de transition épidémiologique liée à l'augmentation des maladies chroniques. Au vu des profils des patients affectés par les formes sévères de la maladie, elle en est d'ailleurs un révélateur aigu. Ce phénomène durable vient bouleverser la notion de proximité. En effet, le système de santé va devoir assumer le suivi des patients sur une durée longue et à fréquence élevée dans le cadre de prises en charge mêlant prévention et soins.

²⁶⁶ Dans son rapport relatif à l'offre de soins des CHU, la Cour avait déjà formulé une recommandation en ce sens (Cour des comptes, *Le rôle des CHU dans l'offre de soins*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, novembre 2018, disponible sur www.ccomptes.fr).

Les expériences internationales, notamment en Amérique du Nord, montrent l'intérêt d'un accompagnement volontariste du patient, qui nécessite non le recours à des plateaux techniques spécialisés en proximité, mais un fort niveau d'expertise médicale spécialisée (par exemple : cardiologues, endocrinologues, neurologues) au plus près des patients. Ainsi, dans le cadre du programme *Medicare*, a été développé aux États-Unis un modèle de soins conçu pour cibler les patients à haut risque en termes de maladies chroniques grâce à une coordination des soins ciblée, une éducation thérapeutique des patients et une gestion proactive de la maladie²⁶⁷.

Les GHT, rendus plus homogènes, doivent pouvoir constituer le cadre de ce changement en substituant aux plateaux techniques spécialisés en proximité une médecine spécialisée à même de prendre en charge efficacement et en appui de la médecine de ville, les soins courants et les maladies chroniques.

Pour ce faire, la réforme des hôpitaux de proximité, engagée en 2019²⁶⁸, pourrait jouer un rôle déterminant. Ces établissements devraient être systématiquement rattachés aux GHT de leur ressort géographique afin d'apporter la cohérence nécessaire entre la stratégie médico-soignante portée par le projet médical partagé et sa déclinaison opérationnelle dans les établissements parties. Pour les hôpitaux de proximité de statut public rattachés à des GHT de grande taille, les modalités de gouvernance pourraient être adaptées afin de prendre en compte la question du lien avec les praticiens libéraux regroupés au sein des communautés professionnelles territoriales de santé et le secteur médico-social. Un mode de gouvernance spécifique pourrait ainsi être prévu pour associer les acteurs à des prises de décisions au plus près des patients. À titre d'illustration, une plus forte participation des praticiens libéraux aux décisions directement en liens avec le parcours des patients pourrait être recherchée. Par ailleurs, l'installation systématique de directeurs d'hôpitaux délégués dans les hôpitaux de proximité, placés sous l'autorité du directeur du GHT mais investis par les textes de compétences spécifiques, permettrait de faire le lien entre les GHT et les acteurs locaux sans pour autant créer de dissonances avec la stratégie conduite par le groupement.

²⁶⁷ Pour ce faire, des centres de soins de quartier agissent comme des extensions des cabinets de médecins de soins primaires. L'objectif du centre de soins est de fournir un guichet unique pour les services de soins ainsi que les services sociaux (déplacement, repas) et la gestion des rendez-vous avec les hôpitaux spécialisés et partenaires. Chaque centre offre une gamme de services médicaux (soins primaires, santé mentale, gestion du diabète, des plaies, de l'hypertension artérielle) et des activités de prévention.

²⁶⁸ L'article 35 de la loi du 24 juillet 2019 autorise en effet le Gouvernement à prendre, par voie d'ordonnances dans les 18 mois, « toute mesure relevant du domaine de la loi visant à définir les modalités d'organisation, de fonctionnement et de gouvernance de ces établissements, notamment en ouvrant leur gouvernance aux acteurs du système de santé du territoire concerné ».

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Quatre ans après leur mise en œuvre, le bilan des GHT paraît nuancé. Si incontestablement, cette réforme a renforcé la vision territoriale des acteurs et favorisé les échanges, elle n'a cependant pas abouti aux réorganisations attendues de l'hospitalisation publique. Les raisons tiennent à la fois à des facteurs exogènes (comme la démographie médicale) et à des éléments propres (gouvernance inadaptée, découpage territorial hétérogène, absence de personnalité morale). Ainsi, les orientations retenues par les GHT privilégient majoritairement la réussite individuelle des établissements au détriment de celle, plus collective, du groupement, en incitant les établissements à déployer de façon indistincte l'accès à une offre de soins la plus large possible, sans disposer nécessairement du nombre de patients requis pour garantir la qualité et la sécurité des soins.

Or, le développement des maladies chroniques qui accompagne le vieillissement de la population vient remettre en cause la notion de soins de proximité : les épisodes d'hospitalisation ponctuelle de courte durée diminuent progressivement au profit d'un suivi multidisciplinaire au long cours et en proximité en liens avec les maladies chroniques. Les GHT, rendus plus homogènes et plus agiles par une simplification de leur gouvernance, doivent constituer le cadre territorial de l'adaptation du système de santé à ce changement.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 5. réviser rapidement les périmètres des GHT de manière à ce que tous puissent constituer une offre publique cohérente et minimale (ministère chargé de la santé, ARS) ;*
 - 6. mettre en place, à l'initiative des ARS et des communautés hospitalières, des directions communes renforcées et encourager, là où c'est possible, les établissements membres d'un GHT à fusionner pour constituer une personne morale unique (ministère chargé de la santé) ;*
 - 7. afin de renforcer les liens de proximité au sein de chaque territoire, confier aux établissements de santé parties aux GHT, et notamment aux hôpitaux de proximité, la mise en œuvre de la stratégie du groupement au plus près des professionnels de santé, des élus et des besoins de la population (ministère chargé de la santé, ARS) ;*
 - 8. renforcer le suivi de la réforme au niveau tant national que régional et piloter de manière plus opérationnelle le suivi des actions des groupements via un avenant aux conventions constitutives, fixant objectifs et indicateurs de résultat (ministère chargé de la santé, ARS).*
-

Chapitre V

Les financements par dotation

aux établissements de santé

(Migac et Fir) :

une simplification nécessaire

PRÉSENTATION

En complément de la tarification à l'activité (T2A) mise en place dans les établissements de santé en 2004, une source de financement destinée à compenser les charges liées à des sujétions particulières a été maintenue : la dotation « Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation » (Migac). En 2012, la création d'un fonds spécifique, le fonds d'intervention régional (Fir), destiné notamment à financer des actions de santé publique d'intérêt régional, a permis aux agences régionales de santé (ARS) de disposer d'une plus grande marge de manœuvre dans l'organisation territoriale de l'offre.

Les masses financières en jeu représentent un montant annuel de près de 11 Md€ en 2019 (7,2 Md€ pour la dotation Migac et 3,7 Md€ pour le Fir). La sous-enveloppe de la dotation Migac relative au financement des Missions d'Enseignement, Recherche, Référence, Innovation (Merri)²⁶⁹, qui représente environ la moitié de la dotation Migac, a déjà donné lieu à une analyse par la Cour²⁷⁰ et a donc été exclue du champ du présent chapitre.

La dotation Migac bénéficie exclusivement aux établissements de santé. Elle finance des activités diverses, telles que l'aide médicale d'urgence ou la prise en charge des patients en situation de précarité. Le Fir bénéficie quant à lui aux établissements de santé mais aussi à d'autres opérateurs, pour financer notamment l'efficacité des structures, la permanence des soins ou encore la prévention et l'organisation des parcours de soins.

La gestion de ces dotations s'est peu à peu complexifiée au point de devenir illisible pour la majorité des acteurs du système de santé, alors même que la réforme en cours de la T2A pourrait conduire à renforcer la part de ce type de financement.

Pour remédier aux défauts de ces financements (I), la Cour propose leur remise en ordre et une plus grande déconcentration au profit des ARS (II).

²⁶⁹ Néanmoins, il n'a pas toujours été possible d'isoler les Merri dans l'exploitation des données.

²⁷⁰ Cour des comptes, *Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, décembre 2017, disponible sur www.ccomptes.fr.

I - Un système de financement devenu illisible

La volonté d'un pilotage très centralisé des financements à destination des établissements de santé mais aussi le souhait de répondre à des besoins ponctuels et spécifiques ont conduit à mettre en place un système de financement par dotations particulièrement complexe et donc difficile à maîtriser.

A - Une distinction peu claire entre les Migac et le Fir

1 - La dotation Migac, complément de la tarification à l'activité (T2A) dans les établissements de santé

Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, la T2A a substitué au financement par dotation globale un financement par tarif pour chaque séjour dans les établissements de santé relevant des soins de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO).

Toutefois, un financement complémentaire a été maintenu pour la couverture de certaines charges, notamment liées à des missions de service public difficilement individualisables par patient et à l'effort d'investissement : la dotation dite « pour missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation » (Migac).

Prévue par l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, la dotation Migac fait partie des dépenses retracées par le sous-objectif de l'objectif national d'assurance maladie²⁷¹ (Ondam) relatif aux établissements de santé. La liste des missions d'intérêt général (Mig), de même que la répartition de la dotation entre régions, est fixée par arrêtés.

La définition²⁷² de cette dotation, peu précise, témoigne du caractère vaste de son objet, puisqu'elle « *participe notamment au financement de la recherche, de la formation des professionnels de santé (...), des engagements relatifs à la mise en œuvre des orientations du schéma régional de santé, de ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire (...) et de ceux relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements* ».

²⁷¹ Cf. chapitre II du présent rapport « Les dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019 : des progrès dans la maîtrise globale des dépenses, des réformes à intensifier ».

²⁷² Article L. 162-22-13 précité.

En pratique, la dotation Migac est divisée en deux compartiments servant à financer les missions d'intérêt général (Mig), lesquelles comprennent les Missions d'Enseignement, Recherche, Référence, Innovation (Merri), non étudiées dans le présent chapitre, et les aides à la contractualisation (AC). La dotation Migac est retracée dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), signé entre les agences régionales de santé (ARS) et les établissements de santé.

En 2019, près d'un tiers de l'enveloppe des missions d'intérêt général (Mig) a servi à financer trois missions : les structures mobiles d'urgence et de réanimation (Smur, 833 M€), les services d'aide médicale urgente (Samu, 249 M€) et la prise en charge des patients en situation de précarité (192 M€).

2 - La dotation Fir, marge de manœuvre des ARS

Institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et prévu par l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, le fonds d'intervention régional (Fir) répond quant à lui à l'objectif de doter les ARS, créées en 2009, d'un instrument financier d'intervention pour favoriser, selon les termes de la loi, « *des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant à cinq types de missions* » différentes.

Comme la dotation Migac, le Fir est réparti entre régions par arrêts.

Il regroupe essentiellement des crédits de l'assurance-maladie, constituant à eux seuls un des cinq sous-objectif de l'Ondam, et, de manière plus marginale, de l'État et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ainsi que des crédits issus de divers fonds préexistants (fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire, fonds de lutte contre le tabac).

Les cinq missions éligibles à des financements du Fir²⁷³

Mission 1 : la promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie.

Mission 2 : l'organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale.

Mission 3 : la permanence des soins et la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire.

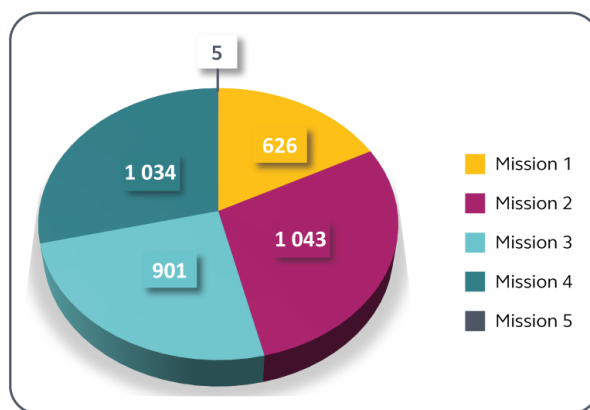
Mission 4 : l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels.

Mission 5 : le développement de la démocratie sanitaire.

À l'intérieur de ces cinq missions, et sous réserve de l'intérêt régional des financements accordés (hors d'éventuelles exceptions découlant de dispositions législatives ou réglementaires), les ARS peuvent affecter librement les crédits du Fir, qui bénéficient ainsi à des établissements de santé, publics ou privés, y compris lucratifs, à des établissements médico-sociaux, ou encore à des associations.

Deux actions représentent plus du tiers des montants liquidés en 2019 : la permanence des soins en établissements de santé, en mission 3, d'un montant de 701 M€ environ, et les aides à l'investissement hors plans nationaux, en mission 4, pour près de 541 M€.

Graphique n° 23 : décomposition par mission de l'enveloppe Fir (M€) en 2019



Source : applicatif « harmonisation et partage d'information » (Hapi) (montants notifiés)

²⁷³ Source : article L. 1435-8 du code de la santé publique

3 - Deux dotations de moins en moins différenciées

La distinction entre la dotation Migac et la dotation Fir n'est en réalité pas applicable à certains financements.

Ainsi, certaines missions d'intérêt général (Mig) ne sont plus financées par la dotation Migac. Treize d'entre elles ont en effet été transférées dans le Fir²⁷⁴, notamment pour contribuer à son abondement initial.

Les aides à la contractualisation constituent une autre illustration de la relative porosité entre les actions financées par l'une ou l'autre des dotations. Selon les termes de la circulaire du 1^{er} août 2011²⁷⁵, antérieure donc à la création du Fir, les aides à la contractualisation sont définies comme « *la marge de manœuvre laissée aux agences régionales de santé afin de répondre à des orientations ou des problématiques régionales, non prises en compte par les autres sources de financement* ».

Cette formulation, très imprécise, recouvre largement l'objectif de la mission 4 du Fir, laquelle finance également des opérations de restructuration et de modernisation des établissements.

L'analyse détaillée des aides à la contractualisation montre par ailleurs que la marge de manœuvre des ARS pour l'utilisation d'une partie d'entre elles est limitée : en 2018, plus de la moitié des aides à la contractualisation, soit 947 M€ sur 1 758 M€²⁷⁶, correspondait à des mesures, décidées nationalement, dont le bénéficiaire final est souvent fléché. Ces aides ne sont donc pas toujours utilisées en cohérence avec les logiques, pourtant affichées, de contractualisation et de déconcentration des décisions.

²⁷⁴ Notamment celles finançant la permanence des soins, les équipes de liaison en addictologie, les équipes mobiles de gériatrie.

²⁷⁵ Circulaire n° DGOS/R5/2011/315 du 1^{er} août 2011 relative au guide de délégation des dotations finançant les aides à la contractualisation.

²⁷⁶ Données de l'applicatif « harmonisation et partage d'information » (Hapi). L'applicatif Hapi permet de disposer d'une information détaillée sur les montants notifiés au titre des Migac et du Fir pour la période 2014-2018 (bénéficiaires, enveloppes, modes de délégation, missions, régions, montants notifiés, total des aides à la contractualisation, y compris celles définies nationalement, etc.).

B - Une gestion des dotations devenue très complexe

1 - Un accroissement du nombre de Mig

La fixation de la liste des missions d'intérêt général (Mig) par un arrêté ministériel annuel répond à des besoins parfois très spécifiques de financement. Hors Merri, l'arrêté du 18 juin 2019²⁷⁷ compte 78 Mig²⁷⁸. Si elles financent généralement un large spectre d'établissements de santé, cinq d'entre elles ne comptent qu'un seul bénéficiaire²⁷⁹. L'une d'elles a un fondement historique et ne concerne que la seule AP-HP : elle finance la majoration de 3,024 % du traitement de base de tous ses agents au titre de la prise en charge de la moitié de la cotisation salariale maladie pour un montant annuel de plus de 55 M€.

Le périmètre des Mig (hors Merri) évolue chaque année, par des créations (jusqu'à onze en 2012 et en 2016²⁸⁰), et quelques rares suppressions ou fusions.

La croissance du nombre de Mig nuit à la lisibilité des dispositifs de financement, notamment celui de la T2A²⁸¹, et à leur suivi : un nombre élevé de missions est plus difficile à modéliser, à actualiser et à évaluer, d'autant que pour près des trois quarts des Mig, les sommes en jeu sont faibles au regard du total de l'enveloppe nationale. Ainsi, certains établissements reçoivent des montants de l'ordre de quelques milliers voire de quelques centaines d'euros. Seulement une vingtaine de Mig ont une enveloppe globale supérieure à 10 M€ en 2019.

²⁷⁷ Arrêté du 18 juin 2019 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8.

²⁷⁸ Dont 15 concernent le champ des soins de suite et de réadaptation (SSR).

²⁷⁹ Centre national de ressources de la douleur, centre national pour malades jeunes Alzheimer et apparenté, centre de référence sur les agents tératogènes et centre national de ressources et de résilience et centre national de soins palliatifs et de la fin de vie.

²⁸⁰ Année de première application du nouveau modèle de financement en SSR.

²⁸¹ La Cour a eu l'occasion de rappeler la complexité du modèle de T2A. Cf. Cour des comptes, *L'avenir de l'assurance-maladie*, rapport public thématique, novembre 2017, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

2 - Une justification insuffisante des financements accordés sur la dotation Migac

Sur les 78 Mig hors Merri recensées, seule une trentaine sont décrites par un modèle qui permet de définir des critères de répartition des financements entre établissements. Lorsqu'ils existent et qu'ils sont actualisés, ces modèles sont souvent complexes et ne sont pas connus des acteurs²⁸², y compris des bénéficiaires potentiels et des ARS, qui ne peuvent donc les expliquer aux équipes médicales et soignantes.

La méthode de modélisation en vigueur peut s'avérer imprécise. Ainsi, près de 192 M€ ont été délégués en 2019 pour compenser les surcoûts organisationnels²⁸³ suscités par la prise en charge des patients en situation précaire, mais les dotations individuelles aux établissements se fondent, de manière tautologique, sur les caractéristiques de la patientèle²⁸⁴ sans que les surcoûts induits aient réellement pu être identifiés et mesurés²⁸⁵. En outre, les montants versés ne correspondent pas toujours aux montants théoriques déterminés par le modèle²⁸⁶.

Les autres financements Mig non modélisés sont calculés le plus souvent sur des bases historiques (ils sont notamment encadrés par le guide de contractualisation publié début 2013), ou plus rarement par l'intermédiaire de forfaits. Dans les deux cas, et comme pour les Mig modélisées, il peut exister des écarts entre la dotation cible et les crédits octroyés²⁸⁷.

²⁸² Les explications figurant sur les fiches Mig mises en ligne sur le site internet du ministère de la santé sont souvent trop succinctes pour expliciter les modèles sous-jacents.

²⁸³ Comme des durées moyennes de séjour (DMS) plus longues.

²⁸⁴ Dont la part des patients en situation de soins urgents (SU), bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME), de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ou d'une aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS) dans la patientèle totale.

²⁸⁵ Leur évaluation a été entreprise par un groupe de travail créé en octobre 2016.

²⁸⁶ La dotation Migac précarité versée aux Hospices civils de Lyon a été inférieure de plus de 900 000 euros à la dotation modélisée en 2016.

²⁸⁷ S'agissant de la Mig « Équipes hospitalières de liaison en addictologie » (EHLA), le guide de contractualisation indiquait que le coût moyen de fonctionnement d'une équipe s'élevait à 390 000 euros sans que ce calcul constitue une modélisation de la mission. Les vérifications faites par la Cour sur un panel d'établissements montrent pour 2018 qu'aucun d'entre eux n'a reçu une telle somme (à peine plus de 40 000 euros pour le CH de Versailles par exemple).

Enfin, en l'absence de modalités de calcul établies sur des bases incontestables, les montants des dotations peuvent parfois être ajustés pour répondre aux besoins financiers d'établissements ou à des sollicitations locales.

3 - Une multiplication des délégations de crédits

L'administration centrale délègue aux ARS les crédits Migac et Fir par voie d'arrêtés.

S'agissant des Migac, un arrêté ministériel fixe la dotation nationale en début d'exercice et des arrêtés successifs²⁸⁸ délèguent cette enveloppe nationale aux ARS. La part de la dotation nationale déléguée dès le premier arrêté est variable, comprise ces dernières années entre 76 % en 2018 et 92 % en 2017. Le montant de la dotation nationale est ajusté en fin de campagne par un dernier arrêté, publié depuis 2017 en mars de l'année suivante.

L'étirement de la campagne budgétaire et la multiplication des arrêtés intermédiaires, déléguant parfois des montants très faibles, sont une source de lourdeur de gestion pour l'administration centrale et les ARS et n'offre pas aux établissements de santé la visibilité nécessaire à une gestion efficace.

La campagne de répartition du Fir entre les régions s'est, elle aussi progressivement distendue. En 2018, trois arrêtés supplémentaires ont complété la délégation initiale en cours d'année, pour répartir un montant total supplémentaire de 43 M€, soit 1,2 % des crédits totaux du Fir. En 2019, cinq arrêtés ont été pris pour déléguer la totalité des crédits (dont 122 M€ seulement dans quatre arrêtés complémentaires).

C - Des dotations inégalement réparties²⁸⁹

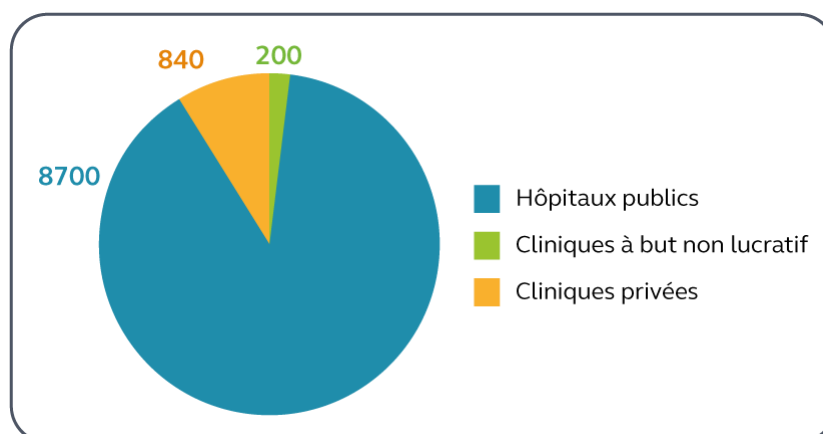
1 - Des inégalités sectorielles et territoriales

Les Migac et le Fir bénéficient essentiellement aux établissements de santé, qui ont perçu 91 % des deux enveloppes en 2018, et tout particulièrement aux hôpitaux publics.

²⁸⁸ 5 en 2016, 9 en 2017, 6 en 2018, 5 en 2019.

²⁸⁹ La majorité des données chiffrées citées dans le présent chapitre sont issues de l'exploitation par la Cour de la base Hapi.

**Graphique n° 24 : répartition des crédits Migac-Fir
entre catégories d'établissements (2018) (en M€)**



Source : applicatif « harmonisation et partage d'information » (Hapi) / Cour des comptes

Au sein du Fir, les associations représentent en 2019 près de 29 % des attributions du fonds contre 20 % en 2014. Les financements attribués à des établissements médico-sociaux ou directement à des professionnels libéraux sont marginaux.

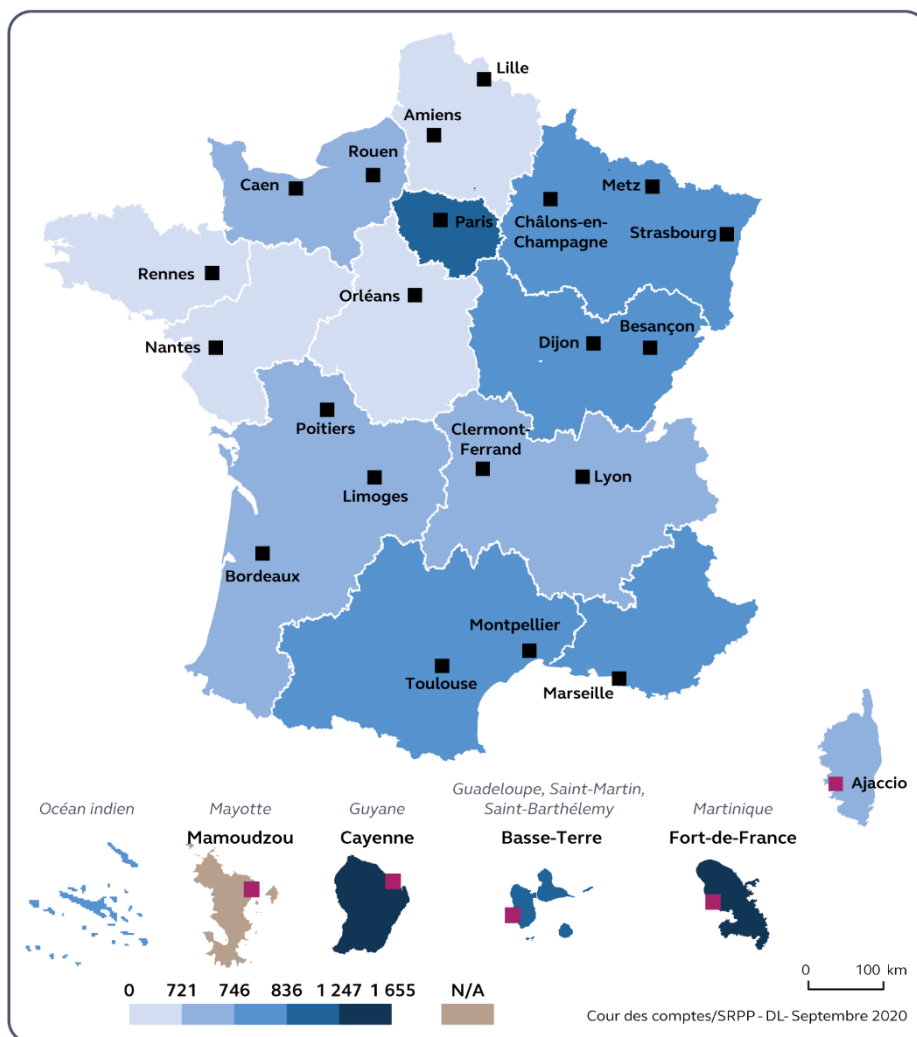
Tableau n° 18 : bénéficiaires des crédits du Fir

Type de bénéficiaire	2014	% 2014	2019	% 2018
Établissements de santé	2 670 900 044 €	79,77 %	2 541 558 186 €	70,46 %
Associations et autres	676 991 782 €	20,22 %	1 032 424 657 €	28,62 %
Établissements sociaux et médicaux sociaux		0 %	28 701 324 €	0,80 %
Professionnels de santé	472 271 €	0,01 %	4 653 619 €	0,13 %

Source : applicatif « harmonisation et partage d'information » (Hapi) / Cour des comptes

Des disparités importantes sont enfin observables selon les territoires tant pour les crédits récurrents que pour les crédits non reconductibles d'une année sur l'autre.

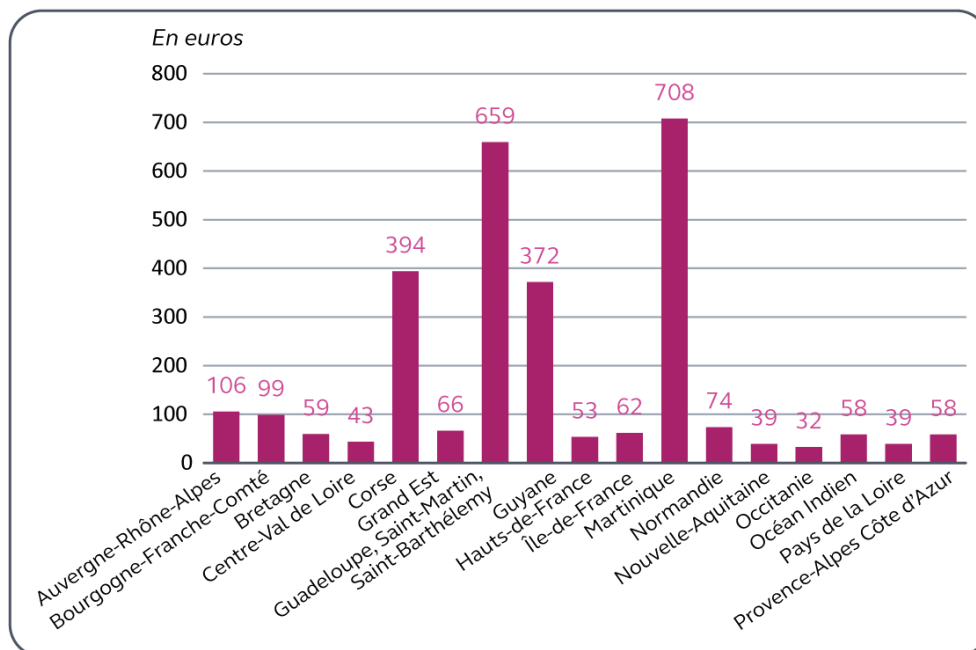
Carte n° 1 : montant par habitant 2014-2019 des dotations régionales Migac et Fir, hors crédits non reconductibles (en €)



Ainsi, la dotation Migac/Fir par habitant hors crédits non reconductibles sur la période 2014-2018 varie entre 691 euros en région Centre-Val de Loire et 1 655 euros en Guyane. Hors outre-mer, la dotation la plus élevée est celle de l'Ile-de-France, qui s'établit à 1 024 euros.

Ces disparités sont encore plus notables s'agissant des crédits non reconductibles qui bénéficient largement à la Corse et à l'outre-mer.

Graphique n° 25 : montant 2014-2019 par habitant des crédits Migac non reconductibles selon les régions (en €)



Source : applicatif « harmonisation et partage d'information » (Hapi) / Cour des comptes

2 - Le cas particulier du soutien aux hôpitaux en difficulté

Une partie des crédits non reconductibles, estimée à 700 M€ environ, a été utilisée en 2018 pour soutenir les établissements en difficulté : 661 M€²⁹⁰ en aide à la contractualisation et environ 57 M€ financés sur le Fir.

Lorsque la situation financière d'un établissement ne laisse pas d'autre choix, les ARS mobilisent tous les vecteurs de financement²⁹¹, sans distinction, en fonction de la disponibilité des crédits. Ainsi, le centre hospitalier intercommunal d'Alençon-Mamers a reçu en 2016 une aide

²⁹⁰ Dont 258 M€ de dotation complémentaire versée au titre de 2018 au printemps 2019.

²⁹¹ La même analyse pourrait être conduite s'agissant d'autres dotations, comme les dotations annuelles de financement destinées à la psychiatrie ou aux soins de suite. À titre d'illustration, le CHU de la Martinique a bénéficié de près de 125 M€ de crédits non reconductibles entre 2016 et 2018 au titre de la dotation annuelle de financement pour la psychiatrie.

exceptionnelle du Fir d'1 M€. En janvier 2019, l'ARS Grand Est a mobilisé l'enveloppe d'aide à la contractualisation des soins de suite et de réadaptation, à hauteur de 3 M€, en faveur du centre hospitalier de Sedan.

Si de nombreux critères sont pris en compte pour sélectionner les établissements soutenus (soldes intermédiaires de gestion, indicateurs financiers, plans prévisionnels de trésorerie, etc.), le montant des aides versées n'est pas normé et se fait sans lien direct avec le Comité pour la performance et la modernisation de l'offre de soins (Copermo), dont le rôle est pourtant souvent cité dans les plans de retour à l'équilibre.

L'essentiel de ces aides bénéficie à quelques établissements publics de santé en déficit chronique, en métropole mais surtout, dans des proportions importantes, en Corse et en outre-mer (cf. graphique ci-avant).

Au total, il apparaît que les enveloppes Migac et Fir sont fortement mises à contribution pour atténuer les impacts financiers de la tarification à l'activité sur certains établissements en déséquilibre structurel.

3 - Une répartition des crédits du Fir entre les régions peu redistributive

Depuis 2015, le Fir s'est doté d'un dispositif de péréquation, visant à renforcer l'adéquation des moyens aux besoins de santé régionaux. Trois critères, dont la formule de calcul n'est pas connue des ARS, sont pris en compte afin de pondérer la répartition des dotations en fonction de la population : la mortalité brute, un indice synthétique de précarité et le taux d'ALD (affections de longue durée), pour tenir compte des maladies chroniques.

Selon le rapport d'activité du Fir, la péréquation s'applique à 60 % du total des crédits. En 2019, elle a porté sur un montant de 1,6 Md€ (soit moins de 50 %), sachant qu'elle n'est pas appliquée aux dotations de la Corse et des régions ultramarines du fait de la prépondérance du critère populationnel mais également pour des raisons de spécificités territoriales, réelles mais non explicitées. En outre, la péréquation est encadrée, de façon à ce que l'évolution de la dotation d'une région ne puisse conduire, d'une année sur l'autre, à une baisse supérieure à 1 %. Ses effets ne peuvent donc être que très modestes (quelques centaines de milliers d'euros en général). Ils ne font d'ailleurs l'objet d'aucun chiffrage national et n'ont donc à ce jour pas permis de limiter les disparités historiques dans la répartition des dotations.

II - Une simplification nécessaire, une déconcentration souhaitable

Le Fir constitue pour les ARS un outil de gestion souple permettant en principe de mieux répondre aux besoins locaux. L'usage effectif des marges de manœuvre qui leur sont déléguées suppose un effort d'évaluation des résultats et une rigueur accrue d'administration des aides.

A - Simplifier les dispositifs

1 - Un resserrement souhaitable des financements relevant de la dotation Migac

Les montants des Mig qui étaient reconduites d'une année sur l'autre (dites « Mig en base »²⁹²) ont connu une forte décade (-62 % entre 2014 et 2018), grâce notamment au dialogue entre les agences régionales de santé et les établissements, qui a permis de remettre en cause le niveau de certaines dotations reposant sur des bases historiques.

Un peu plus des trois quarts des crédits Mig sont dorénavant délégués en justification au premier euro (JPE), c'est-à-dire qu'ils sont individualisés par mission, calculés et fléchés en direction des régions par le niveau national. Les établissements bénéficiaires sont tantôt décidés au niveau national, tantôt déterminés par les ARS.

Ce mécanisme d'allocation, plus ou moins directif selon les missions, apparaît inutilement complexe et en tout état de cause peu transparent, à l'égard des bénéficiaires mais aussi des ARS elles-mêmes, qui n'ont pas toujours connaissance des critères ayant permis la fixation des dotations qui leur sont allouées.

Il paraîtrait plus justifié de réserver l'utilisation de la dotation Migac au financement des missions ayant vocation à s'appliquer à l'ensemble du territoire et de transférer au Fir les missions relevant de l'initiative régionale (notamment les missions d'un montant modeste²⁹³, celles qui ne concernent qu'un établissement ou encore celles finançant certaines

²⁹² Dans ce mode de délégation, il est fait masse des crédits délégués les années précédentes, sans distinction entre les missions, à charge pour les ARS d'en déterminer les critères d'allocation.

²⁹³ Par exemple la Mig I04 « Les équipes de cancérologie pédiatrique ».

consultations hospitalières²⁹⁴, comme le sont déjà les consultations « mémoire »). Justifiées ainsi au premier euro, les premières devraient être allouées conformément à la modélisation nationale tant pour les montants versés que pour les bénéficiaires, tandis que les secondes seraient déléguées aux ARS qui détermineraient des critères d'affectation adaptés aux territoires.

Outre une extension des marges de manœuvre des ARS, cette meilleure articulation avec le niveau régional aurait pour effet de simplifier drastiquement l'allocation des ressources au niveau national.

2 - Une utilisation des marges de manœuvre par les ARS à développer

Les crédits du Fir sont fongibles : les ARS sont autorisées à s'écarter des utilisations antérieures des crédits pour les redéployer au profit d'autres actions.

En 2018, 86 % des crédits du Fir étaient totalement fongibles, 13 % étaient soumis à une fongibilité asymétrique (ce qui signifie que les crédits affectés à la prévention / santé publique ainsi qu'au secteur médico-social ne peuvent pas être affectés à d'autres activités) et pour seulement 1 % sanctuarisés²⁹⁵. Le mécanisme de fongibilité dans le champ de la prévention a porté sur 121 M€ en 2018, en hausse nette et continue depuis 2013 (20 M€). La fongibilité dans le champ médico-social est plus modeste, à hauteur de 11,1 M€ en 2018.

Ces montants témoignent de la volonté des agences régionales de santé de réorienter une partie des crédits du soin en établissements vers les missions de santé publique : la part des missions 1 et 2 (prévention et parcours) dans le total des crédits du Fir a augmenté ces dernières années alors que la part de la mission 4 (efficacité des établissements) diminue. Cette évolution doit toutefois être relativisée au regard de la part des montants concernés, qui reste minime au sein de l'Ondam hospitalier, qui a atteint 82,7 Md€ en 2019.

²⁹⁴ Addictologie, génétique.

²⁹⁵ Il s'agit des crédits relatifs au financement de Paerpa (18,6 M€ liquidés en 2018), de la sécurisation des prêts structurés des établissements de santé et de la télémedecine (9,3 M€).

Tableau n° 19 : part des crédits du Fir utilisés pour la prévention et le médico-social par fongibilité en 2018

Ile-de-France	55,8 M€	9,8 %
Océan Indien	4,5 M€	5,4 %
Nouvelle Aquitaine	16,7 M€	5,3 %
Provences-Alpes-Côte d'Azur	13,4 M€	5,2 %
Auvergne-Rhône-Alpes	16,5 M€	4,3 %
Pays de la Loire	7,7 M€	4,2 %
Martinique	1,8 M€	3,6 %
Bourgogne-Franche Comté	3,6 M€	2,2 %
Occitanie	5,8 M€	2,0 %
Grand Est	5,8 M€	1,7 %
Centre-Val de Loire	0,6 M€	0,5 %
Guadeloupe	0,1 M€	0,2 %
Normandie	0,2 M€	0,1 %
Bretagne	-	0,0 %
Corse	-	0,0 %
Hauts-de-France	-	0,0 %
Guyane	-	0,0 %

Source : Cour des comptes – rapport d'activité du Fir 2018
– Note de lecture : en 2018, en région Ile-de-France, 9,8 % des crédits du Fir péréqué ont été redéployés vers la prévention et le médico-social

B - Renforcer le contrôle de l'utilisation des dotations Migac et Fir

1 - Des investissements à mieux suivre

Pour accompagner certains de leurs projets d'investissement, les établissements de santé bénéficient d'aides, essentiellement en exploitation, visant à couvrir leurs charges financières supplémentaires (amortissement des immobilisations acquises et intérêts des emprunts levés pour la réalisation des opérations). Ces aides sont déléguées dans le cadre de l'enveloppe Migac ou de la mission 4 du Fir. Selon l'estimation de la Cour, ce soutien à l'investissement, très significatif, atteindrait pour l'année 2018 un peu plus de 1,5 Md€ : 892 M€ au titre des AC et 614 M€ au titre du Fir²⁹⁶.

²⁹⁶ Auxquels il convient d'ajouter par ailleurs les fonds délégués dans le cadre du FMESPP (fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés), soit 230 M€ en 2018.

Or, le suivi par les ARS des investissements réalisés par les établissements de santé est très insuffisant. Celles-ci reconnaissent d'ailleurs que certaines aides peuvent financer des opérations dont le dimensionnement a été réduit sans que l'aide ait été ajustée au montant actualisé, ou des équipements totalement amortis, voire des immobilisations vendues ou encore des investissements finalement non encore réalisés. Très souvent, les pièces justificatives se limitent à un simple arrêté de notification fixant le montant de la dotation ou un courrier signé du ministre, sans état des immobilisations ni contrats d'emprunts²⁹⁷.

2 - Le nécessaire renforcement du contrôle interne

En matière d'expérimentation et d'actions de santé publique, l'égal accès des opérateurs aux financements publics doit être préservé. Les ARS sont tenues d'y veiller, aussi bien en amont par le jeu des appels à projet ou à candidature qu'en aval par l'évaluation de l'efficacité des actions menées.

La gestion du choix des bénéficiaires du Fir

Quatre catégories de bénéficiaires peuvent se voir attribuer les dotations du Fir : les établissements de santé et médico-sociaux, les professionnels de santé et les associations. En 2018, les 3,5 Md€ du Fir ont été répartis entre 9 300 bénéficiaires environ : 6 700 associations, 1 800 établissements de santé, 670 ESMS et 170 professionnels de santé.

Les échanges avec les ARS ont montré qu'il pouvait être compliqué de cesser de subventionner brutalement une association qui, pour répondre à un appel à projet par exemple, aura étoffé ses effectifs et recruté tel ou tel profil spécialisé. Le risque à éviter est cependant un phénomène « d'abonnement » (reconduction automatique d'un opérateur) qui fige les dotations sans assurance quant aux résultats obtenus.

Par ailleurs, les décisions d'attribution appellent un contrôle renforcé de régularité. La Cour a analysé plus de 200 décisions sollicitées auprès de l'ensemble des ARS, dont près de 20 % apparaissent insuffisamment justifiées²⁹⁸.

²⁹⁷ À titre d'exemple, l'ARS de Bourgogne-Franche a communiqué un courrier du ministre chargé de la santé de novembre 2006 pour seule justification de l'allocation de 4,9 M€ par an au CHU de Besançon depuis 2010.

²⁹⁸ Certains échanges contradictoires avec les ARS ont cependant dû être interrompus par la crise sanitaire liée à l'épidémie de covid-19.

Les financements destinés aux acteurs de prévention s'appuient globalement sur des documents appropriés. Un cadre commun national de contrôle interne selon un dispositif gradué mériterait cependant d'être élaboré : contrôle des pièces justificatives « minimales » (rapport d'activité, bilan financier), dialogue de gestion le cas échéant (pour approfondir l'analyse des informations des pièces justificatives) et enfin évaluation complète.

En revanche, les financements aux établissements de santé font l'objet d'un suivi moins rigoureux. La motivation de la dépense est moins bien documentée et, dans un certain nombre de cas, les pièces transmises par les agences ne suffisent pas à justifier le versement réalisé²⁹⁹.

Quelques constats généraux se dégagent des vérifications réalisées par la Cour :

- des crédits financent des actions pour lesquelles le Fir n'apparaît pas le vecteur à mobiliser prioritairement, par exemple des formations à destination de médecins libéraux pouvant relever de l'Agence nationale du développement professionnel continu créée par l'article 114 de la loi du 27 janvier 2016 ;
- des crédits financent des dépenses de personnel. Or, comme l'a rappelé en 2017 la circulaire sur la mise en œuvre du Fir, le Fir n'a pas vocation à supporter ce type de dépenses ;
- des crédits financent des dépenses de fonctionnement courant des ARS. Or, ces dépenses devraient être prises en charge par leur budget propre et non par le budget annexe du Fir.

Ces constats tendent à confirmer la persistance de certaines pratiques pouvant s'avérer irrégulières. À cet égard, il convient de rappeler la condamnation à l'amende par la Cour de discipline budgétaire et financière d'un ancien directeur général d'ARS pour des actions de coopération internationale financées par le Fir qui n'étaient pas d'intérêt régional³⁰⁰.

²⁹⁹ Exemples : le financement sur le Fir, en 2016, du surcoût lié à l'intégration au sein d'un CHU des personnels issus d'établissements de santé privés non lucratifs, à hauteur de 900 000 euros, alors que le volume de l'enveloppe n'a été justifié par aucun décompte ou relevé relatif au nombre et à la qualification des personnels intégrés ; une ARS ne dispose pas des factures des équipements achetés par un CHU, via une subvention du Fir en 2018 de 1,2 M€, dans le cadre d'un appel à projet régional ; une autre n'a pu justifier le versement sur le Fir, en 2017, de 450 000 euros à un établissement en vue de l'acquisition de logiciels de dépenses-recettes-payé.

³⁰⁰ Cour de discipline budgétaire et financière, arrêt du 23 avril 2019, *Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine*, n° 233-808.

C - Améliorer la transparence des financements

1 - Une logique évaluative à développer

Si l'évaluation en santé publique est un processus difficile à mettre en œuvre (coût, notamment au regard de la pluralité des opérateurs financés parfois pour de faibles montants, temporalité longue), les ARS disposent toutefois de plusieurs outils de contrôle de gestion permettant de rendre compte et d'évaluer le résultat de leurs actions, notamment pour les activités hospitalières.

Les outils d'évaluation à la disposition des ARS et des établissements

La base Piramig³⁰¹, gérée par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), a pour objet d'« évaluer la pertinence de la dotation allouée au titre des Mig pour la réalisation des actions correspondantes ». Elle permet de disposer d'informations multiples.

Le retraitement comptable (RTC) des charges hospitalières peut également constituer une source d'informations pertinente pour les ARS. Il permet de rapprocher les charges totales et les financements reçus, de comparer les coûts de réalisation de la même mission par différents établissements, ou encore de mesurer le poids des charges indirectes, qui, amputant les crédits destinés aux soins, cristallisent régulièrement des tensions entre les équipes médicales et soignantes et les directions d'établissements. L'analyse est intéressante en ce qu'elle révèle une hétérogénéité importante selon les établissements.

L'exploitation effective des informations et des données disponibles est donc nécessaire pour accompagner les travaux d'harmonisation des financements engagés dans certaines ARS et faciliter le dialogue de gestion avec les établissements de santé pour ajuster le financement aux besoins et s'assurer de son « ruissellement » sur le terrain.

³⁰¹ Pilotage des rapports d'activité des missions d'intérêt général.

2 - Rendre publique la répartition des dotations Migac et Fir

L'information publique relative à l'octroi des crédits Migac et Fir est limitée et, en tout état de cause, complexe à analyser.

S'agissant des Migac, les circulaires budgétaires successives doivent être compilées pour connaître les montants délégués à une région pour une mission donnée. Hors Merri, seules les ARS connaissent les allocations individuelles des établissements de santé, la publication au recueil des actes administratifs des arrêtés – au demeurant de lecture difficile – n'étant pas systématique.

La transparence permettrait cependant de faire évoluer les organisations en conduisant, par des comparaisons, à s'interroger sur la pertinence de leur financement. Dans les établissements de santé, elle peut contribuer à une meilleure information des équipes soignantes sur les moyens mis à leur disposition pour financer leur activité.

La Cour note également que, depuis 2012, il n'existe plus de rapport spécifique au Parlement sur les Migac. Les dotations Migac et Fir sont abordées dans le rapport au Parlement sur le financement des établissements de santé³⁰², en quelques pages permettant seulement d'appréhender les grandes masses et leurs évolutions. En outre, ce rapport – qui n'est plus produit depuis 2017 – ne permettait pas d'évaluer les résultats des politiques mises en œuvre dans ce cadre. Il serait donc souhaitable qu'il soit publié régulièrement et enrichi dans son contenu.

³⁰² Article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le système des financements non tarifaires des établissements de santé présente d'importantes insuffisances. L'administration centrale et les agences régionales de santé doivent mieux assumer leurs rôles respectifs de régulateur global des enveloppes de financement et de gestionnaires pleinement responsables des politiques territoriales d'attribution des financements. Le dispositif des Migac doit faire l'objet d'un effort de simplification drastique, au profit du Fir dont le rôle d'accompagnement de la transformation du système de santé en faveur d'actions de prévention et de santé publique mérite d'être renforcé.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes au ministre chargé de la sécurité sociale, qui visent à simplifier, mieux suivre et améliorer la transparence de ces financements :

- 9. pour les Migac, réduire et réviser la liste des Mig ; basculer en Fir celles qui ne répondent à aucun enjeu national spécifique ainsi que les aides à la contractualisation régionales ;*
 - 10. pour le Fir, définir un référentiel de contrôle interne opposable pour s'assurer de l'efficacité des actions financées ;*
 - 11. assurer un suivi global et par opération des dépenses de soutien à l'investissement ;*
 - 12. s'assurer de la bonne affectation des crédits Migac destinés aux activités de soins et de leur visibilité pour les équipes médicales et soignantes concernées.*
-

Chapitre VI

**La régulation des dépenses de dispositifs
médicaux : des actions de maîtrise
à accentuer**

PRÉSENTATION

Dans le prolongement de ses travaux réalisés en 2014³⁰³, la Cour a examiné la dynamique de la dépense et les modes de régulation des prescriptions des dispositifs médicaux et des prestations associées. Ces travaux complètent ceux réalisés l'an dernier relatifs à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)³⁰⁴ et portant notamment sur la sécurité sanitaire.

Ces dispositifs, utilisés dans le traitement d'un champ croissant de maladies, représentant près de 80 000 classes homogènes de produits, comprennent notamment des consommables (pansements, solutés de réhydratation orale, bas de contention, etc.), implants (prothèses cardiaques, implants articulaires, stents, etc.) ou équipements (lits médicaux, fauteuils roulants, imagerie à résonance magnétique – IRM, scanners, etc.). Contrairement aux médicaments, soumis à une procédure d'autorisation de mise sur le marché, les dispositifs médicaux peuvent être commercialisés après l'obtention d'une marque de conformité « CE », attestant le respect de normes de sécurité sous le contrôle d'une agence de sécurité des produits de santé d'un pays de l'Union européenne. Comme pour les médicaments, leur prise en charge par l'assurance-maladie implique des démarches nationales pour évaluer le service rendu et fixer leurs tarifs et règles d'utilisation.

La dépense publique relative aux dispositifs médicaux progresse d'environ 4 % par an depuis 2015, soit nettement plus rapidement que l'objectif national d'assurance maladie (Ondam). Elle peut être évaluée à environ 15 Md€ en 2018, répartis à parts quasi-égales entre ville et hôpital.

Malgré un léger ralentissement de la dépense, sa croissance reste nettement supérieure à celle des autres dépenses de santé (I). Les moyens et actions mis en œuvre pour réguler ce secteur et atteindre les objectifs rehaussés d'économies demeurent insuffisamment efficaces (II). Dès lors, une programmation pluriannuelle de la dépense et une plus grande pertinence des prescriptions apparaissent nécessaires (III).

³⁰³ Cf. Cour des comptes, « Les dispositifs médicaux : une dépense non maîtrisée », in *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2014, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

³⁰⁴ Cour des comptes, *L'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM)*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, novembre 2019, disponible sur www.ccomptes.fr.

Avertissement : l'impact de la pandémie de covid-19

Les travaux d'instruction de la Cour se sont achevés avant la déclaration de l'état d'urgence sanitaire par la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020. L'enquête s'est fondée sur les chiffres et politiques menées jusqu'à fin 2019 et elle n'aborde donc pas les aspects de la gestion de la pandémie en rapport avec le sujet traité dans ce chapitre³⁰⁵.

I - Une dépense toujours dynamique, en particulier en soins de ville

Les dépenses de dispositifs médicaux financées directement ou indirectement par l'assurance maladie s'élèvent à près de 15 Md€. Quoiqu'en ralentissement, elles continuent à croître nettement plus vite que le reste des dépenses d'assurance maladie. Une partie des facteurs qui contribuent à cette dynamique devrait rester à l'œuvre au cours des prochaines années.

A - Une dépense publique de près de 15 Md€

Les règles de prise en charge des dispositifs médicaux varient selon qu'ils sont prescrits en ville, à l'hôpital ou en établissement social et médico-social. Elles ne facilitent pas l'évaluation précise de la dépense publique relative à ces dispositifs, qui s'est élevée à près de 15 Md€ en 2018.

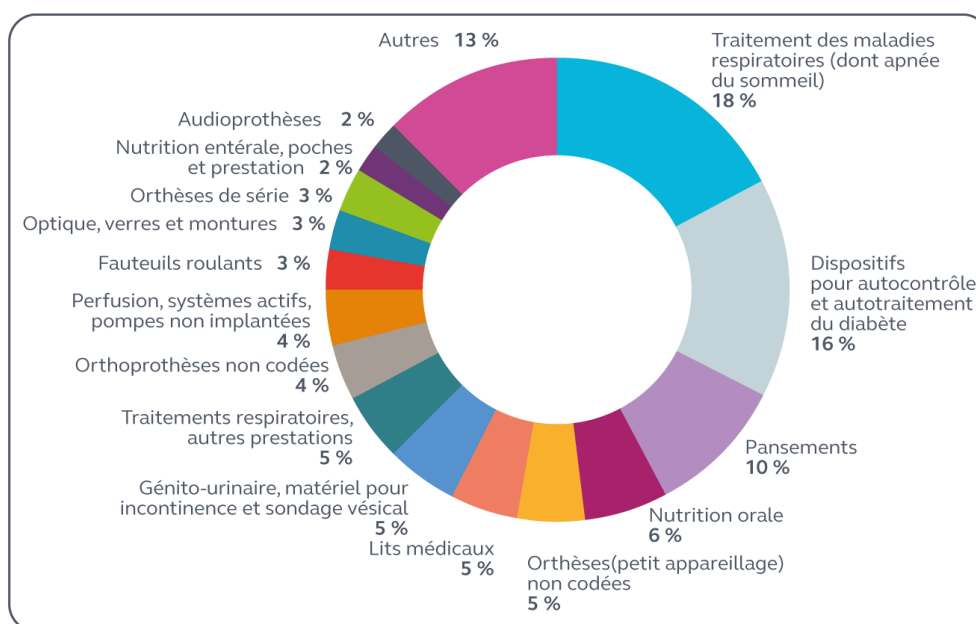
Pour être remboursé en ville, le dispositif doit être inscrit sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR)³⁰⁶, après examen par la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS), placée auprès de la Haute Autorité de santé (HAS), et la détermination par le comité économique des produits de santé (CEPS) d'un tarif de responsabilité, qui sert de base à son remboursement. Les dépenses remboursées en ville sont proches de

³⁰⁵ Ne sont ainsi pas spécifiquement abordées les problématiques liées aux respirateurs ou aux masques chirurgicaux. Ces derniers doivent, d'ailleurs, être distingués des masques « FFP » (« *filtering facepiece* » ou « pièce faciale filtrante »), qui ne constituent pas des dispositifs médicaux, mais des équipements de protection individuelle (EPI). À ce titre, ils relèvent du règlement (UE) 2016/425 du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2016 et leur vente et usage sont soumis, comme pour les dispositifs médicaux, à l'examen de leur conformité aux exigences essentielles de santé et de sécurité par un organisme national.

³⁰⁶ Sauf si son coût d'usage est pris en compte dans le tarif rémunérant l'acte du médecin utilisant le dispositif médical (gants, stéthoscopes, masques, etc.).

7,5 Md€³⁰⁷, dont 16 % correspondent à des dispositifs permettant l'autocontrôle et l'auto-traitement du diabète³⁰⁸, 18 % à des dépenses en lien avec des maladies respiratoires (apport d'oxygène, lutte contre l'apnée du sommeil), 10 % à des pansements.

Graphique n° 26 : remboursements de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) en ville (2018, en %)



Note : Champ : tous régimes.

Source : calculs Cour des comptes, Cnam

Dans les établissements de santé, les dispositifs médicaux, y compris les équipements à usage collectif³⁰⁹, sont achetés à des prix librement négociés avec les fournisseurs et financés à l'intérieur des tarifs des séjours, sauf s'ils sont remboursés directement aux hôpitaux en sus de ces tarifs (liste dite « en sus », cf. II, B, 2). Les dépenses se répartissent entre 2 Md€ d'achats de dispositifs médicaux implantables relevant de la liste « en sus » (implants mammaires, stimulateurs cardiaques, pompes à

³⁰⁷ Toutefois, il n'existe pas de détail sur une partie de la dépense (près de 750 M€ de remboursements ne sont pas repris dans le système national de données de santé).

³⁰⁸ Glucomètres, capteurs de glucose implantés, pompes à insuline externes, seringues, etc.

³⁰⁹ Il peut s'agir d'équipements lourds (scanners, imagerie à résonance magnétique – IRM), de logiciels à fin diagnostique ou thérapeutique, etc.

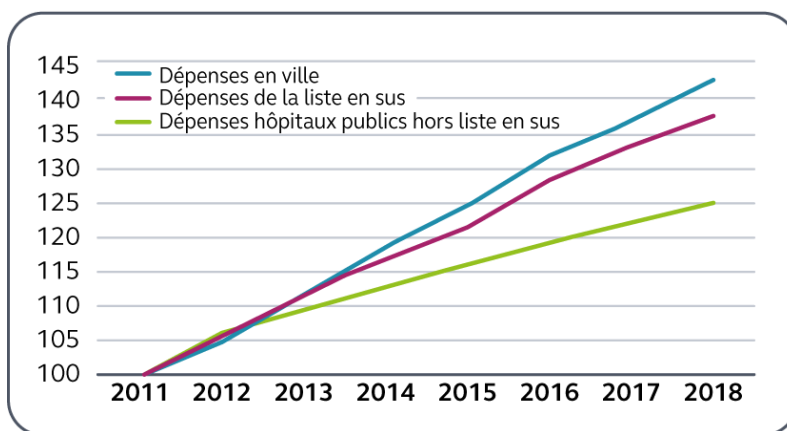
insuline implantées, implants articulaires, etc.), 3,5 à 4,5 Md€³¹⁰ d'achats d'autres dispositifs médicaux individuels et environ 1 Md€ d'équipements à usage collectif, soit, au total, une évaluation de 6,5 à 7,5 Md€ des dépenses des établissements de santé publics et privés.

Les établissements sociaux et médico-sociaux jouissent de la même liberté de négociation. Pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), un arrêté fixe la liste des dispositifs pris en charge dans le cadre de leurs tarifs journaliers de soins³¹¹. La Cour a estimé que la dépense de dispositifs médicaux par les Ehpad était de l'ordre de 0,25 Md€ en 2018.

B - Une croissance plus lente depuis 2016, mais qui reste supérieure à celle de l'Ondam

La dépense progresse moins vite depuis quelques années, mais plus que l'ensemble des dépenses maladie, qui ont augmenté de 2,5 % en 2019³¹².

Graphique n° 27 : évolution de la dépense en dispositifs médicaux



Note : indice 100 en 2011.

Source : Cour des comptes, Drees, Atih, infocentre DGFIP

³¹⁰ L'incertitude tient au manque de données comptables sur les dépenses des cliniques.

³¹¹ Petit matériel et fournitures médicales (abaisse-langue, gant stérile, nutriment pour supplémentation orale, etc.) et matériel médical amortissable (électrocardiographe, déambulateur, lit médical, coussin d'aide à la prévention d'escarres, etc.).

³¹² Évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie (Ondam).

En ville, les dépenses ont crû de 4,4 % par an entre 2016 et 2019³¹³, après avoir crû de 6,0 % en moyenne les quatre années précédentes. Cette croissance s'explique par celle des volumes³¹⁴ et par quelques classes de dispositifs, liées notamment aux maladies respiratoires, aux troubles de la glycémie, à la nutrition et aux pansements.

À l'hôpital, les dépenses ralentissent également : après 4,2 % entre 2010 et 2014, leur croissance moyenne a été de 3,1 % entre 2014 et 2018³¹⁵. Elle est principalement portée par les dispositifs médicaux implantables de la liste « en sus »³¹⁶ et les dispositifs stériles. Dans les établissements de santé privés, la dépense liée aux dispositifs implantables de la LPPR progresse nettement moins rapidement que dans le public (3 % contre 5 % depuis 10 ans).

C - Une dépense alimentée par des facteurs structurels de long terme

De nombreux facteurs devraient continuer à soutenir la croissance de la dépense d'assurance maladie relative aux dispositifs médicaux.

La dépense croît fortement avec l'âge des patients (près de 60 % de la dépense concerne les plus de 60 ans), le vieillissement de la population contribuant ainsi à sa progression. Entre 2014 et 2018, la Cour a évalué la contribution annuelle de la démographie à plus d'un point en ville et à près d'un point et demi pour les dispositifs implantables à l'hôpital.

La hausse de la prévalence de certaines pathologies et l'amélioration de leur traitement sont également des facteurs importants. Selon la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam)³¹⁷, pour la période 2014-2018 la hausse annuelle de 6 % des dépenses de dispositifs médicaux d'insulinothérapie résulterait pour 2,7 % de l'augmentation du nombre de patients, dont 1,5 % du fait de la prévalence du diabète. Elle estime que les dépenses du traitement de l'apnée du sommeil continueront à croître fortement, la population traitée (1,2 million de patients) étant au bas de la fourchette de la population cible évaluée par la CNEDiMTS (entre 1,1 et 2,4 millions de patients).

³¹³ Sur le champ du régime général et incluant les sections locales mutualistes.

³¹⁴ Les prix de ces dispositifs médicaux sont restés globalement stables sur cette période, contrastant avec ce que l'on observe pour le médicament.

³¹⁵ Source : infocentre DGFIP.

³¹⁶ Bioprothèses valvulaires (TAVI), implants vasculaires et articulaires du genou.

³¹⁷ Cnam, cartographie médicalisée des dépenses de santé, 12 juin 2019, disponible sur www.ameli.fr.

Le virage ambulatoire, qui conduit à réaliser en ville des actes traditionnellement hospitaliers, sert souvent à expliquer la dynamique de la dépense de dispositifs médicaux en ville³¹⁸, qui, entre 2010 et 2018, a progressé plus vite qu'à l'hôpital³¹⁹. Toutefois, d'autres facteurs, comme les maladies chroniques déjà évoquées (diabète, apnée du sommeil notamment), contribuent à cette croissance, sans lien direct avec un transfert de prise en charge de l'hôpital vers la ville³²⁰. Faute d'études, il est difficile d'évaluer avec certitude l'impact du virage ambulatoire.

Le progrès technique peut stimuler, quant à lui, la dépense en permettant la détection et une prise en charge plus précoce des maladies chroniques, ce qui accroît simultanément le nombre de patients traités, le coût et la durée des traitements. Ainsi, en matière de traitement du diabète, comparées aux injections, les pompes à insuline favorisent un meilleur équilibre glycémique et réduisent les risques de maladies vasculaires chez les patients, mais pour un coût des dispositifs quatre fois plus élevé³²¹. La commercialisation depuis 2017 des lecteurs de glucose interstitiel connectés renforce cette tendance. Cette dynamique des coûts liée au progrès technologique est cependant tempérée par la baisse progressive des coûts unitaires de production, du fait de l'amélioration des conditions de la production, des économies d'échelle, et de l'entrée dans le domaine public d'innovations essentiellement incrémentales³²². Leur mise en œuvre s'accompagne également d'une réorganisation des soins qui peut conduire à la baisse d'autres dépenses.

³¹⁸ Lits médicalisés, perfusions, incontinence urinaire, pansements, etc.

³¹⁹ 5,3 % en moyenne, contre une progression des dépenses de dispositifs utilisés à l'hôpital public et pris en charge dans les tarifs des prestations d'hospitalisation de 3,5 % et une progression sur la même période des remboursements sur la liste « en sus » de 3,9 % quel que soit le type d'établissement (privé ou public).

³²⁰ De même, la chirurgie ambulatoire ne s'accompagne pas systématiquement d'un surplus de dépenses en ville. Cf. Cour des comptes, « Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital », in *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

³²¹ Dépenses de dispositifs médicaux pour les diabétiques de type 1 : 4 300 euros pour la prise en charge par une pompe à insuline contre 900 euros pour les multi-injections. Source : Cnam, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses Propositions de l'Assurance Maladie pour 2020* (« rapport charges et produits »), 2019.

³²² Le cycle d'innovation des dispositifs médicaux est plus court et incrémental que celui de l'industrie pharmaceutique : malgré des dépenses de recherche et développement plus faibles, le nombre de brevets est comparable ; la recherche fondamentale y est moins importante.

Un secteur d'activité très divers soumis à une forte concurrence internationale

En France, le secteur productif des dispositifs médicaux se caractérise par le nombre important d'entreprises de petite taille, la grande variété des produits fabriqués, la forte présence de filiales d'entreprises internationales, notamment en matière de R&D (près de 50 % de celles-ci sont d'origine étrangère). La concurrence internationale est forte : le déficit commercial, de l'ordre de 3 Md€ en 2018, s'est creusé quasi continûment depuis 10 ans. Pour autant, ce secteur montre une meilleure performance en termes d'emplois et de chiffre d'affaires que le reste de l'industrie en raison de la forte dynamique de la demande³²³.

Le secteur se distingue par ses canaux de distribution multiples. Les dispositifs médicaux peuvent être distribués par des détaillants en magasin spécialisé (fauteuils roulants, lits, lunettes), par les pharmacies d'officine (pansements) ou par la grande distribution³²⁴. Certains dispositifs – comme les équipements délivrant de l'oxygène à pression positive continue³²⁵ et les pompes à insuline – ne sont distribués que par l'intermédiaire des prestataires spécialisés, appelés prestataires de services et distributeurs de matériel, qui peuvent louer le matériel et réaliser des prestations associées, qu'elles soient administratives (facturation et tenue du dossier du patient) ou techniques (fourniture du matériel et de consommables, formation à l'utilisation, suivi des patients)³²⁶. Enfin, les grossistes jouent également un rôle, mais moins central que pour les médicaments, une partie importante des détaillants et les hôpitaux se fournissant directement auprès des industriels.

³²³ Le secteur industriel représentait en 2018 de l'ordre de 55 000 emplois pour un chiffre d'affaires un peu en deçà de 10 Md€.

³²⁴ Le commerce de détail emploie 52 000 salariés, les pharmacies 118 000.

³²⁵ Il s'agit de la mise à disposition des patients d'une turbine qui envoie un flux d'air continu dans les voies aériennes supérieures via un masque porté durant la nuit.

³²⁶ Le nombre de prestataires actifs (facturant des prestations à l'assurance maladie) est estimé à 2 690 par l'assurance maladie. D'après la fédération des prestataires de santé à domicile (Fedepsad), en incluant les activités de détail, ils facturent des prestations à hauteur de 4,2 Md€ par an.

II - Une régulation accrue mais toujours insuffisamment efficace

En dépit d'une stratégie plus affirmée depuis 2014, la régulation du secteur des dispositifs médicaux n'a pas pleinement atteint ses buts, faute de moyens suffisants et d'une gestion suffisamment active des listes de dispositifs médicaux inscrits à la prise en charge par l'assurance-maladie³²⁷. Les économies programmées n'ont ainsi pas été réalisées.

A - Un comité économique des produits de santé insuffisamment armé pour remplir efficacement ses missions

Le comité économique des produits de santé (CEPS), organisme dépourvu de la personnalité morale placé sous l'autorité conjointe des ministres en charge de la sécurité sociale, d'une part, et de l'économie et de l'industrie, d'autre part, détermine, par la voie de conventions passées avec les industriels et les distributeurs, le tarif de responsabilité des dispositifs médicaux qui constitue l'assiette de leur prise en charge par l'assurance-maladie. À défaut d'accord, il peut fixer le tarif de manière unilatérale, à la première inscription, valable cinq années, ou à sa réinscription. Il est tenu de respecter des critères réglementaires³²⁸. Il doit également respecter des orientations qui lui sont fixées par ses ministres de tutelle³²⁹, et tenir compte des dispositions d'un accord-cadre (pourtant échu depuis la fin de l'année 2014) qu'il a conclu avec les représentants du secteur des dispositifs médicaux.

Doté d'outils juridiques progressivement renforcés, le comité est handicapé par une forte asymétrie d'information vis-à-vis des fabricants et distributeurs et par l'insuffisance de ses moyens.

³²⁷ En définissant notamment leurs conditions de prescription et de prise en charge.

³²⁸ Définis par l'article L. 165-2 du code de la sécurité sociale.

³²⁹ Par voie de lettres d'orientations ministérielles.

1 - Un renforcement progressif des instruments juridiques du CEPS

À partir de 2013, les pouvoirs publics ont progressivement défini des objectifs de maîtrise des dépenses spécifiques aux dispositifs médicaux dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS). Ils ont encadré plus strictement la doctrine de tarification du CEPS, qui doit veiller, à l'occasion de leur inscription ou réinscription, à ce que les dispositifs remboursés disposent d'un prix maximal de vente³³⁰ visant à limiter le reste à charge des patients³³¹, y compris pour des catégories génériques³³² qui en étaient jusqu'ici dépourvues. Ils ont progressivement renforcé l'arsenal des instruments juridiques à la disposition du comité, dans le sens des recommandations formulées par la Cour en 2014.

Les lois de financement de la sécurité sociale pour 2016 et 2017³³³ ont ainsi facilité les baisses de prix et le recours aux remises conventionnelles lors de l'inscription des produits au remboursement. Les lois de financement de la sécurité sociale pour 2018 et 2020 ont renforcé les obligations de transmission d'informations des fabricants et des distributeurs à destination du CEPS, et renforcé les sanctions applicables.

2 - Les limites de l'information disponible

Pour fixer le tarif, le CEPS prend en compte l'avis de la CNEDiMTS relatif à l'amélioration du service rendu permise par le dispositif. En cas de faible amélioration, le comité est désormais tenu³³⁴ de s'aligner sur le prix

³³⁰ Il peut également fixer des prix de cession, qui correspondent au prix maximal de vente du fabricant au distributeur, de manière à préserver les marges des distributeurs.

³³¹ Les dispositifs médicaux consommés en ville ne font l'objet d'aucune participation de l'assuré (« franchise ») et sont, dès lors qu'ils sont admis au remboursement (en cas de « service attendu » évalué comme suffisant par la Haute Autorité de santé), remboursés à hauteur d'un taux unique de 60 % de leur tarif de responsabilité (contre 15 % à 65 % pour les médicaments en fonction du service médical rendu), et à hauteur de 100 % pour les prothèses oculaires et faciales, orthoprothèses et véhicules pour handicapés.

³³² Par exemple, pour les tire-laits maternels, les restes à charge représentant une dépense d'environ 66 M€ en 2017, ont été annulés, après intervention de l'assurance-maladie complémentaire, par l'introduction d'un prix maximal de vente égal au tarif.

³³³ En particulier, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a introduit de nouveaux critères de révisions des prix (ancienneté du produit, tarifs des produits comparables, coûts nets et prix internationaux des produits, volumes de vente et montants remboursés, etc.) et ouvert la possibilité de conditionner le remboursement au versement de remises, qui peuvent désormais faire référence aux volumes de vente.

³³⁴ Depuis les orientations ministérielles du 17 août 2016.

le plus bas du produit jugé équivalent. En l'absence d'amélioration, le prix à l'inscription doit lui être inférieur. Cette doctrine n'est cependant pas toujours respectée³³⁵.

L'avis de la CNEDiMTS doit comporter également des données de la population cible pour l'usage du dispositif, qui, associées le cas échéant aux prévisions de l'industriel sur les volumes des ventes, permettraient au comité d'évaluer l'impact financier de la prise en charge du dispositif. Selon le CEPS, cette population cible n'est toutefois pas toujours estimée par la CNEDiMTS, ou l'est parfois de manière rétroactive ou trop large (apnée du sommeil, escarres).

Par ailleurs, le CEPS est juridiquement autorisé à tenir compte des prix pratiqués dans d'autres pays européens³³⁶, mais les tarifs qui y sont affichés sont susceptibles d'être supérieurs au prix net de vente en raison des différentes remises confidentielles³³⁷ négociées entre les acheteurs publics et les fournisseurs. Les éléments composant le prix de vente sont également censés être transmis au comité mais ces données sont trop souvent lacunaires pour être exploitables. Le CEPS peut effectuer des relances auprès des industriels, voire les sanctionner. Cette faculté n'a cependant jamais été utilisée.

Enfin, des évaluations médico-économique peuvent être réalisées par la commission d'évaluation économique et de santé publique de la Haute Autorité de santé, permettant d'apprécier l'intérêt de la prise en charge d'un produit de santé à un prix donné. Toutefois, les critères fixés pour réaliser ce type d'évaluation³³⁸ font que les dispositifs médicaux sont rarement concernés (12 seulement depuis 2014).

³³⁵ Ainsi, des solutions ophtalmiques ont pu conserver des tarifs différents, selon qu'elles comportent ou non des conservateurs et tensioactifs, alors même que leur service rendu est identique.

³³⁶ Le prochain accord-cadre devrait par ailleurs, dans le prolongement des engagements pris dans le cadre du CSIS, prévoir des mécanismes de valorisation des investissements réalisés sur le territoire de l'Union européenne.

³³⁷ En l'absence d'une instance européenne de coordination qui faciliterait l'échange de ces informations, comme cela commence à se pratiquer dans le domaine des médicaments.

³³⁸ Amélioration du service attendu de majeur à modéré et impact significatif sur les dépenses d'assurance maladie.

3 - Le renforcement tardif et limité des moyens du CEPS

Malgré le constat porté par la Cour en 2014, les effectifs du CEPS au titre du secteur des dispositifs médicaux sont restés durablement modestes, oscillant entre cinq et six agents équivalents temps plein. La LFSS 2018 ayant autorisé la mise à disposition d'agents de l'assurance-maladie, le comité a pu être renforcé de deux équivalent temps plein. Toutefois son activité n'a cessé d'augmenter sur cette période³³⁹, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 venant en outre de lui confier la mission nouvelle d'assurer la sélection en vue du remboursement des dispositifs médicaux pour lesquels il n'existe pas de prix limites en raison par exemple du grand nombre d'options disponibles (les fauteuils roulants en particulier). En outre, le CEPS a été affecté par la vacance anormalement longue, de près d'une année³⁴⁰, du poste de président, et celle d'une durée de cinq mois du poste de vice-président, en charge des dispositifs médicaux.

Signé le 16 décembre 2011 et échu depuis la fin de l'année 2014, l'accord-cadre qui liait le comité avec le secteur n'a pas été renouvelé. Pourtant prévus par la lettre d'orientation ministérielle du 17 août 2016, les travaux de négociation de cet accord n'ont pu commencer qu'au 1^{er} juin 2019 et sont encore à un stade très préliminaire, ce qui témoigne de la difficulté de parvenir à un consensus avec le très grand nombre d'acteurs du secteur³⁴¹.

Les mêmes difficultés concernent la « *charte (...) de la promotion des dispositifs médicaux* », introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 pour encadrer les pratiques commerciales, sur le modèle de celle applicable au médicament. Le CEPS a déjà fait savoir qu'il ne serait pas en mesure d'assurer son respect une fois celle-ci adoptée, faute de moyens.

³³⁹ Le nombre de dossiers de tarification passant de 205 en 2014 à 275 en 2018, soit une hausse de 34 %.

³⁴⁰ M. Philippe Bouyoux a été nommé le 17 juin 2020, son prédécesseur ayant quitté ses fonctions le 17 juillet 2019.

³⁴¹ 26 pour l'accord de 2011 contre un seul pour celui du médicament en 2015, à travers le syndicat le Leem des entreprises du médicament. Y figurent, outre les fabricants, les prestataires, les distributeurs, les pharmaciens et certaines professions de santé (orthoprothésistes, orthésistes).

En incluant le délai d'évaluation de la HAS, les délais d'instruction dépassaient 700 jours en 2016, loin des 180 jours prévus par les textes réglementaires³⁴². À partir de 2017, ces délais ont été en nette réduction : ils atteignaient 190 jours en 2018, dont 94 jours s'agissant de la partie relevant du comité pour une cible de 80 jours³⁴³.

Le CEPS est à la recherche de gains de productivité grâce à la modernisation de son système d'information. Une plateforme de dépôt en ligne des demandes a été ouverte aux fournisseurs le 1^{er} janvier 2020, qui n'est cependant pas articulée avec celle de la HAS³⁴⁴. Les pouvoirs publics ont décidé de s'appuyer pour le reste du chantier sur l'assurance maladie. Les travaux n'ont débuté qu'en septembre 2019 et le nouveau système d'information ne devrait pas être opérationnel avant 2021.

L'achèvement de ce chantier prioritaire risque cependant de ne pas suffire pour permettre au CEPS de réaliser l'ensemble de ses missions et contribuer à réduire le rythme d'augmentation des dépenses. Un nouveau renfort en moyens humains apparaît, à cet égard, indispensable.

B - Une gestion insuffisamment dynamique des conditions d'accès au remboursement

Les pouvoirs publics n'ont pas su parvenir à une gestion suffisamment dynamique des listes des dispositifs médicaux pris en charge.

³⁴² Article R. 163-9 du code de la sécurité sociale.

³⁴³ Hors HAS. Mais il faut distinguer la phase de négociation, qui relève effectivement du seul comité et s'est établie en moyenne à 54 jours en 2019, et la phase de rédaction des arrêtés et de signature des décisions par les directions ministérielles qui s'établit à 45 jours, pour une cible de 10 jours.

³⁴⁴ A également été développé un formulaire unique de déclarations des ventes dans le cadre du calcul des remises conventionnelles et de plusieurs formulaires de requêtes auprès des fabricants et distributeurs qui aurait, selon le CEPS, considérablement simplifié les échanges avec les acteurs du secteur.

1 - La gestion des lignes génériques et des nomenclatures : des contrôles à mener, une coordination des acteurs à renforcer

Les dispositifs médicaux peuvent être inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables selon deux modalités, sous nom de marque ou sous description générique, cette dernière étant réservée aux produits présentant des caractéristiques communes (exemples : lecteurs de glycémie, compresses, bas de contention, prothèses de genou)³⁴⁵.

Le choix d'une inscription sous description générique offre au fabricant le tarif de remboursement unique, propre à la ligne à laquelle se rattache son produit. Le dispositif ainsi inscrit ne fait l'objet d'aucune évaluation par la CNEDiMTS. La loi a prévu que l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM) soit chargée de contrôler que les produits, ainsi inscrits sur la ligne générique, en remplissent effectivement les conditions et confie au CEPS le pouvoir de pénaliser financièrement le fabricant. Toutefois l'agence ne s'est jamais saisie de cette mission, considérant qu'il ne s'agit pas d'un risque sanitaire mais, éventuellement, d'un risque de prise en charge induite³⁴⁶. La Cnam, pourtant chargée de la lutte contre les abus et les fraudes, considère que cette compétence, si elle lui était confiée, serait trop éloignée de ses missions habituelles.

Par ailleurs, les descriptions des lignes génériques sont censées faire l'objet de révisions régulières, de manière à en écarter les dispositifs devenus obsolètes, qui peuvent occasionner des dépenses inutiles pour l'assurance maladie. Or, ces révisions ne sont pas effectuées de manière systématique³⁴⁷. La procédure en est complexe³⁴⁸, ce qui avait amené la

³⁴⁵ Soit 82 % des dispositifs du titre I (DM pour traitements, aides à la vie, aliments et pansements) et 59 % de ceux du titre III (DM implantables, implants et greffons tissulaires d'origine humaine), correspondant aux principaux postes de dépenses de la liste des produits et prestations.

³⁴⁶ Cas où le fabricant inscrit son produit au titre d'une ligne générique pour bénéficier du prix de vente fixé pour celle-ci, alors que le produit ne respecte pas la définition de la ligne générique et est ainsi indûment vendu à prix plus élevé.

³⁴⁷ En raison notamment de l'insuffisance des moyens du CEPS. Ainsi, un audit réalisé en 2017 relève que « *parmi les 1 500 références du Titre II Chapitre 7 [orthoprothèses], près de la moitié n'est plus en adéquation avec les techniques actuelles de conception des appareillages* » (audit réalisé par KPMG à la demande de l'Union française des orthoprothésistes).

³⁴⁸ Pour un même ensemble homogène, un nombre important de descriptions (par exemple 230 descriptions pour les pansements) peuvent appeler des révisions s'étalant durant plusieurs années, notamment lorsque le CEPS et la CNEDiMTS tardent à se coordonner. C'est le cas des orthèses et des orthoprothèses qui ont fait l'objet de travaux de la HAS en 2012, toujours inaboutis.

Cour à recommander dès 2014 la mise en œuvre d'une procédure allégée. Enfin, des révisions uniquement tarifaires peuvent être négociées par le CEPS sans que le ministère chargé de la santé et des affaires sociales ne révise concomitamment les conditions de prise en charge, ce qui limite l'impact des modifications tarifaires et complique la relation avec les fabricants et distributeurs³⁴⁹.

2 - Un nécessaire resserrement de la liste « en sus »

À l'hôpital, comme pour les médicaments, les dispositifs médicaux coûteux peuvent faire l'objet d'un financement dérogatoire aux tarifs forfaitaires des groupes homogènes de séjour (GHS). Sous réserve d'être inscrits sur une liste, dite « en sus », ils sont remboursés aux établissements de santé en sus des tarifs des séjours sur la base de tarifs de responsabilité fixés par le CEPS³⁵⁰. Les conditions d'inscription sur cette liste³⁵¹ reposent notamment sur un double critère de prix³⁵² et de dispersion³⁵³.

À côté de la liste « en sus », une autre liste peu utilisée

Contrairement aux prescripteurs en ville, les établissements de santé peuvent acquérir certains dispositifs médicaux dont l'utilité médicale n'a pas été évaluée. Aussi, pour mieux s'assurer de leur qualité, les dispositifs jugés les plus à risque peuvent, depuis 2012³⁵⁴, être inscrits sur une liste spécifique, dite « intra-GHS », qui impose aux fabricants de prouver à la CNEDiMTS l'efficacité thérapeutique de leur dispositif médical³⁵⁵.

³⁴⁹ Pour plusieurs descriptions génériques (auto-traitement du diabète, nutrition entérale et parentérale).

³⁵⁰ Les établissements conservent par ailleurs 50 % de la différence éventuelle entre le prix d'achat du dispositif et son tarif de responsabilité (si ce dernier est supérieur).

³⁵¹ Fixées par une simple « notice d'information » datant de 2011.

³⁵² Le prix doit dépasser 30 % du montant du forfait du ou des GHS concernés.

³⁵³ Le dispositif médical doit être prescrit dans au moins 20 % des cas en dehors des groupes homogènes de malades concernés. Ce critère, comme celui du prix, a été défini par le Conseil de l'hospitalisation (recommandation n° 2011-31 en date du 14 décembre 2011). Ni l'un ni l'autre n'ont fait l'objet d'actualisation.

³⁵⁴ Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

³⁵⁵ Efficacité clinique ; efficience au regard des alternatives thérapeutiques ; présence de spécifications techniques particulières (article L. 165-11, code de la sécurité sociale).

Seules neuf catégories de dispositifs médicaux sont actuellement concernées par cette procédure (défibrillateurs cardiaques implantables, valves cardiaques biologiques, stents intracrâniens, etc.), sans qu'il soit possible, en l'absence d'un système fiable de remontée d'informations³⁵⁶, de s'assurer que les établissements prennent en compte correctement les avis rendus par la CNEDiMTS. En outre, elle ne concerne pas les équipements à usage collectif qui connaissent pourtant un essor important, lié au développement de l'intelligence artificielle³⁵⁷.

Le contenu de la liste « en sus » s'allonge d'année en année (implants mammaires, stimulateurs cardiaques, pompes à insuline implantables, etc.). Entre 2014 et 2016, alors qu'intervenaient 34 inscriptions, seules huit catégories de dispositifs médicaux ont été radiées de la liste et plus aucune depuis. Or, en dépit des incitations existantes³⁵⁸, l'inscription sur la liste « en sus » réduit souvent le pouvoir des établissements de santé de négocier des prix à la baisse avec les fournisseurs, lesquels n'ont pas intérêt à s'écarter du tarif fixé par le CEPS qui sert alors de référence plutôt que de plafond³⁵⁹. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a toutefois introduit un dispositif de plafonnement des prix de vente de produits financés à l'intérieur des tarifs des GHS de nature à résoudre, au moins pour partie, cette difficulté.

Une gestion plus active de la liste « en sus », comme le préconisait déjà la Cour dans son rapport de 2014, nécessite une implication plus forte du ministère chargé de la santé et des affaires sociales³⁶⁰. Sans cela, le dispositif de la liste « en sus » risque de favoriser une poursuite de la croissance des dépenses, sans en améliorer l'efficacité.

³⁵⁶ Il a été prévu par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, mais sa mise en œuvre est retardée.

³⁵⁷ Comme par exemple les robots médicaux et chirurgicaux ou les logiciels d'analyse de radiographies.

³⁵⁸ « L'écart au tarif indemnisable » (ETI) permet aux établissements de santé de conserver la moitié de la réduction de tarif obtenue auprès des fabricants, l'autre moitié étant perçue par l'assurance maladie.

³⁵⁹ Cette situation semble découler, pour certains dispositifs, d'une dissymétrie entre des acheteurs hospitaliers très nombreux et des vendeurs en faible nombre, voire en situation de monopole. Ces derniers seraient alors en position de force et pourraient aisément imposer leurs prix.

³⁶⁰ La direction générale de l'offre de soins et la direction de la sécurité sociale n'ont ainsi porté depuis 2016 qu'une seule demande d'étude de faisabilité de réintégration dans les tarifs de séjours (pour les stents coronaires).

C - Une régulation financière à relancer et à réorienter

Les cibles d'économies annuelles définies pour les dispositifs médicaux remboursés ont augmenté fortement : de 50 M€ en 2015 à 280 M€ en 2019 et en 2020, soit 3,1 % de la dépense annuelle de la LPPR.

Les économies réalisées ont davantage porté sur la maîtrise des prix que des volumes, même si le comité éprouve depuis 2019 des difficultés croissantes à atteindre les cibles relatives aux dispositifs prescrits en ville³⁶¹. Les résultats des actions de l'assurance maladie sont restés pour leur part, depuis 2018, très en deçà des objectifs.

Tableau n° 20 : objectifs annuels d'économies et économies annuelles réalisées sur les dispositifs médicaux (2015-2019)

M€	2015	2016	2017	2018	2019
Objectifs de baisses de prix ³⁶²	50	70	90	140	200
Économies réalisées	47	46	71	140	172
Objectifs de maîtrise médicalisée ³⁶³	-	-	40	60	75
Économies réalisées	-	-	131	0	22
Total des objectifs	50	70	130	180	275
Économies réalisées	47	46	202	140	194
Taux d'atteinte	94 %	66 %	155 %	78 %	71 %

Source : Cour des comptes d'après données de la direction de la sécurité sociale et du CEPS

Depuis 2018, les baisses tarifaires (graphique ci-après) ont porté sur les dépenses les plus dynamiques, soit les traitements à domicile et dispositifs médicaux implantables³⁶⁴. Outre les baisses de prix³⁶⁵, le CEPS a accentué l'intensité de sa régulation en recourant, de manière croissante depuis 2015, aux remises conventionnelles, dont l'application conduit, pour l'assurance maladie, à des prix implicites des dispositifs médicaux

³⁶¹ En revanche, le CEPS a depuis 2018 systématiquement dépassé ses objectifs de baisses tarifaires sur les dispositifs médicaux de la liste « en sus ».

³⁶² À partir de 2018, les économies présentées sont nettes de remises.

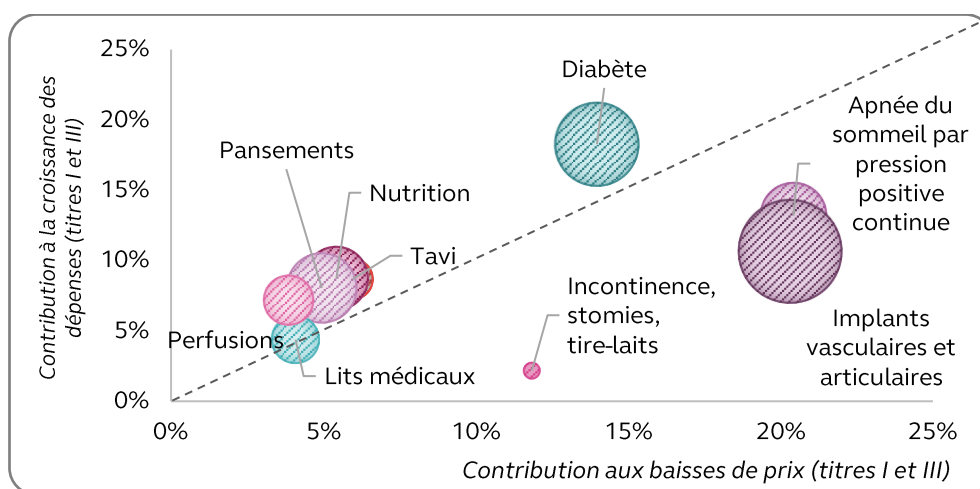
³⁶³ Les économies liées à la « maîtrise médicalisée » correspondent aux actions de la Cnam visant à limiter la progression des volumes des dispositifs médicaux prescrits ; elles sont évaluées par la différence entre l'évolution effective des volumes et leur évolution « tendancielle ».

³⁶⁴ Les dépenses liées aux orthèses et aux prothèses (soit 21 % de la dépense de dispositifs médicaux en ville) n'ont quasiment pas fait l'objet de baisses tarifaires.

³⁶⁵ Qui s'appliquent aux tarifs de responsabilité qui constituent la base du remboursement par l'assurance maladie obligatoire.

concernés inférieurs aux prix publics³⁶⁶. Dans l'ensemble, cette régulation par les remises s'est toutefois révélée moins intensive que celle qui a été appliquée au secteur pharmaceutique³⁶⁷.

Graphique n° 28 : contribution des principaux dispositifs médicaux aux baisses de tarifs (2018-2020 (p))



Note : Ce graphique compare la participation des principales catégories de dispositifs médicaux aux baisses tarifaires (entre 2018 et 2020), au regard de leur contribution passée à la croissance de la dépense (entre 2014 et 2018) et à leur part au sein de la dépense totale (taille des bulles). Le titre I correspond aux dispositifs pour les traitements à domicile, le titre III aux dispositifs implantables.

Source : Cour des comptes d'après données CEPS et Open LPP (Cnam)

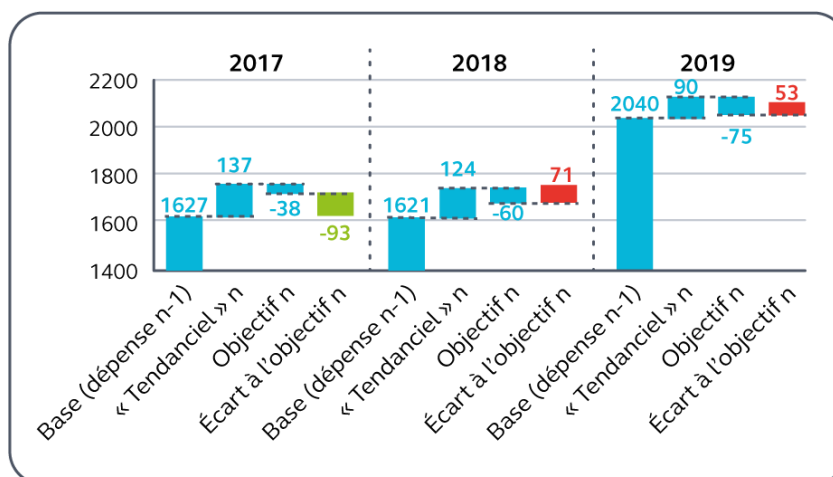
³⁶⁶ Les produits de ces remises acquittées par les fabricants ou distributeurs, assis sur le chiffre d'affaires des dispositifs médicaux concernés, sont déduits des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre de l'Ondam, ce qui minore le coût supporté par cette dernière au titre de chaque dispositif consommé.

³⁶⁷ De 2015 à 2020, les dispositifs médicaux ont contribué à 15 % de l'effort programmé d'économies sur les produits de santé, tout en représentant 24 % de ces dépenses.

Les remises conventionnelles sur les dispositifs médicaux

Quasi-exclusivement appliquées jusque-là à des dispositifs médicaux implantables, les remises ont concerné à partir de 2017 davantage des traitements à domicile du diabète et de l'incontinence, inscrits en nom de marque. Les clauses à vocation économique (93 % des montants perçus)³⁶⁸ ont été privilégiées par rapport aux clauses de « bon usage » ou de « résultat », déclenchées en fonction des conditions d'utilisation ou de la performance réelles (7 %). La Cour a calculé le « taux moyen » des remises appliquées aux dispositifs médicaux par le CEPS. Il s'établit à 9 %. Non négligeable, il apparaît en retrait par rapport aux taux appliqués aux médicaments (qui varient de 7 à 37 % sur un nombre de produits beaucoup plus important).

Graphique n° 29 : économies attendues et réalisées au titre des dispositifs médicaux ciblés par la Cnam (2017-2019)



Note de lecture : Pour 2017, les actions de la Cnam ont porté sur des dispositifs médicaux qui représentaient en 2016 une « base » de dépense de 1 627 M€. Par rapport à leur croissance « tendancielle » (137 M€), ces actions devaient ralentir cette dépense à hauteur de 38 M€. Les montants effectivement remboursés attestent l'atteinte et le dépassement de cet objectif d'économies à hauteur de 93 M€.

Source : Cour des comptes d'après données Cnam

³⁶⁸ En particulier les clauses « prix-volume » qui déclenchent, au-delà d'un seuil de chiffre d'affaires, une remise proportionnelle, les clauses de *capping* qui déclenchent, au-delà d'une population cible, un quasi-remboursement du produit, et les remises proportionnelles dès « la première unité ».

Par contraste, entre 2017 et 2019, à peine plus de 150 M€, soit un quart de l'effort d'économies programmé, ont résulté de la « maîtrise médicalisée » des dépenses de dispositifs médicaux sous forme d'actions d'accompagnement ou d'aide à la prescription³⁶⁹. Après des économies importantes en 2017, celles de 2018 et 2019 sont restées nettement en deçà de l'objectif cible.

Un net renforcement de l'effort de « maîtrise médicalisée » apparaît donc indispensable, parallèlement à l'accentuation de l'effort de baisses de prix qui reste nécessaire.

III - Une stratégie à concevoir de façon pluriannuelle et à orienter vers la pertinence

Pour pallier la dégradation des relations avec le secteur et maîtriser plus efficacement la dépense, les pouvoirs publics gagneraient à formaliser une trajectoire pluriannuelle, ainsi qu'à accentuer l'adaptation des mécanismes de tarification et de « gestion du risque »³⁷⁰ à l'exigence de pertinence et d'efficience de la dépense.

A - Un climat conventionnel dégradé, faute de programmation pluriannuelle de la dépense

1 - Un climat conventionnel dégradé

La méthode actuelle pour organiser les baisses de prix repose sur l'annonce annuelle, au cours du semestre précédant l'année de leur mise en œuvre, du « mandat » que le CEPS devra réaliser en application des cibles d'économies de dépense adoptées par le Parlement dans le cadre de la discussion de la loi de financement de la sécurité sociale.

³⁶⁹ Ces actions ont été concentrées sur les pompes à insuline et bandelettes glycémiques, la nutrition orale et les pansements.

³⁷⁰ Définie par l'inspection générale des affaires sociales dans le rapport qu'elle y a consacré en 2010, cette notion englobe toutes « actions mises en œuvre pour améliorer l'efficience du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût », en particulier les actions de « maîtrise médicalisée » et de lutte contre la fraude.

Cette méthode, peu propice à la prévisibilité du chiffre d'affaires pour les fabricants et prestataires de dispositifs médicaux, a conduit par deux fois, en 2016 et 2018, à la rupture des discussions avec les représentants des prestataires de dispositifs médicaux à domicile³⁷¹. La dernière « crise des prestataires »³⁷² a contribué en 2019 à la non-atteinte des objectifs d'économies relatifs aux soins de ville.

Le durcissement des discussions conventionnelles s'est également traduit par un recours accru³⁷³ du comité aux décisions unilatérales de tarification. Ces décisions ont concerné des prestations à domicile à fort enjeux financiers représentant une dépense supérieure à 330 M€³⁷⁴, des dispositifs médicaux de la liste « en sus », mais aussi des fabricants, des pharmaciens d'officine ou des prestataires à domicile. Ces décisions exposent régulièrement les décisions du comité à un risque contentieux³⁷⁵ susceptible de ralentir le dialogue conventionnel voire, à terme, de compromettre la réalisation des économies.

2 - Une perspective pluriannuelle à développer

Ces difficultés pourraient être atténuées par la définition d'une trajectoire pluriannuelle d'évolution de la dépense globale de tous les dispositifs médicaux, déclinée à travers des objectifs programmés pluriannuels portant tant sur des baisses de prix des principales catégories homogènes de produits et prestations, que sur la maîtrise des volumes pour les catégories de dispositifs médicaux à forts enjeux financiers, en particulier en ville.

La « clause de sauvegarde » annuelle introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, sur le modèle du mécanisme existant depuis 1999 pour les médicaments, apporte une réponse incomplète, en ne visant que les dispositifs médicaux de la liste « en sus » utilisés en établissements de santé.

³⁷¹ Ces ruptures sont intervenues à la suite de deux projets de baisses tarifaires dans les domaines du maintien à domicile et de divers traitements (incontinence, perfusions), qui auraient entraîné, d'après les représentants des prestataires, des dégradations excessives de leurs marges, qui n'ont pu être objectivées.

³⁷² Celle-ci s'est déroulée dans un contexte particulièrement tendu : les prestataires souhaitaient une évolution de leur statut, qui leur a été refusée. L'Igas a fait diverses propositions de pistes d'évolution dans un rapport rendu public à l'été 2020.

³⁷³ Deux décisions en 2015, neuf en 2019.

³⁷⁴ Notamment : sièges coquilles de série, tire-laits et traitements de l'incontinence.

³⁷⁵ Comme en 2018 pour des bio-prothèses valvulaires en nom de marque représentant une dépense de 230 M€.

Un périmètre limité d'application de la clause de « sauvegarde »

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a introduit une « clause de sauvegarde » pour les dispositifs médicaux, visant à encadrer la progression du chiffre d'affaires (net de remises) des fabricants et distributeurs dans la limite d'un seuil (3 % en 2020), une contribution au prorata des ventes supplémentaires³⁷⁶ se déclenchant au-delà.

Ce dispositif est appliqué au seul périmètre de la liste « en sus », sans concerner les dispositifs médicaux consommés en ville, dont la croissance est la plus dynamique. L'extension de ce dispositif aux autres dispositifs poserait, selon le ministère chargé de la santé et des affaires sociales, des difficultés techniques³⁷⁷. Il est en conséquence nécessaire de trouver d'autres mécanismes visant à encadrer, de préférence de manière pluriannuelle, l'évolution de la dépense des dispositifs remboursables, le cas échéant à travers le recours accru à des contrats « de performance ».

Une mise en œuvre ordonnée de la trajectoire pluriannuelle par le CEPS et l'assurance maladie suppose, pour améliorer les chances de succès des discussions conventionnelles, que le comité puisse définir de concert avec ses tutelles la programmation des révisions de nomenclature et des baisses tarifaires, y compris pour les lignes génériques de traitements à domicile. De même, l'optimisation des achats hospitaliers de dispositifs médicaux devrait également faire l'objet d'une stratégie pluriannuelle. Les recommandations du programme de « performance hospitalière pour des achats responsables » (Phare)³⁷⁸, visant à pallier l'émiettement et l'insuffisante professionnalisation des acheteurs³⁷⁹ et à promouvoir les achats en coûts complets³⁸⁰, s'appliquent certes aux dispositifs médicaux, mais avec un accompagnement méthodologique insuffisant et sans cibles d'économie spécifiques. Ceci obère la réalisation d'économies potentiellement substantielles³⁸¹.

³⁷⁶ À la différence du mécanisme prévu pour les médicaments, cette clause n'est pas assortie d'une possibilité d'exonération par le recours à des clauses conventionnelles.

³⁷⁷ Le calcul de la contribution théoriquement due est plus aisé sur un nombre limité de fournisseurs de dispositifs implantables que sur 2 690 prestataires à domicile actifs.

³⁷⁸ Ce dernier représente un objectif important d'économies (1,6 Md€ de 2018 à 2020).

³⁷⁹ La direction générale de l'offre de soins recensait le 21 février 2018, devant la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, 160 groupements d'achat pour 135 groupements hospitaliers de territoire, « *de taille [encore] trop modeste pour [produire] les effets escomptés* ».

³⁸⁰ Cette tarification vise à prendre en compte les impacts d'un produit sur l'organisation des soins (réduction des durées de séjour, des ré-hospitalisations évitables, etc.).

³⁸¹ Que la Cour, dans des travaux antérieurs (*Les achats hospitaliers*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, 2017, disponible sur www.ccomptes.fr), évaluait à 300 M€ sur trois ans.

B - Vers une meilleure prise en compte de l'efficience et de la pertinence dans le mécanisme de tarification

Outre les révisions de nomenclature visant à mieux encadrer les durées de prescriptions et leurs renouvellements, le CEPS a veillé à introduire, particulièrement dans le domaine des prestations à domicile, des « contrats » de tarification « à la performance », appuyés sur des impératifs d'efficience et de pertinence de la dépense de dispositifs médicaux.

Un premier type de contrats concerne les forfaits de lignes génériques à forts enjeux financiers. Ils prévoient des clauses de plafonnement (*capping*), dans le but d'encadrer la croissance de la dépense dans la limite d'une enveloppe négociée³⁸². Ces contrats pourraient constituer un des moyens de mise en œuvre d'une trajectoire pluriannuelle de la dépense des dispositifs médicaux en ville. Les contrats de tarification négociés avec les fabricants et distributeurs seraient assortis de clauses prévoyant automatiquement des baisses de prix supplémentaires³⁸³ en cas d'écart à une trajectoire pluriannuelle négociée.

Un deuxième type de contrats, conclu dans une perspective de meilleure pertinence des soins, vise à déclencher des baisses de prix en cas de non atteinte d'un objectif assis sur un critère partagé de pertinence (par exemple, le taux de recours à un type de traitement, à un consommable ou encore l'observance d'un traitement). Au vu du dynamisme des dépenses de prestations à domicile et alors que l'assurance maladie a documenté l'existence de mésusages ou d'une mauvaise observance dans les traitements à domicile de patients diabétiques insulino-dépendants³⁸⁴ ou, plus récemment, des écarts de pratiques dans le domaine des perfusions à domicile (croissance du recours aux perfusions par diffuseur ou système actif), le développement de ces contrats apparaît opportun. Cela suppose au préalable une meilleure connaissance des prestations réellement mises en œuvre par les prestataires (par exemple, le nombre de visites annuelles aux patients), tant celles-ci apparaissent hétérogènes. Cela nécessite l'extension du recueil des données d'observance, au-delà des seuls traitements de l'apnée du sommeil par pression positive continue, pour permettre à l'assurance maladie par l'exploitation de ces données de mieux identifier les marges de progrès dans la pertinence de ces traitements.

³⁸² +3 % pour les perfusions en 2018, +1 % pour la pression positive continue en 2019.

³⁸³ Ou des remises conventionnelles en cas d'amélioration effective du service rendu par le dispositif.

³⁸⁴ Cnam, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2020*, 2019.

**Des clauses tarifaires fondées sur l'efficacité et la pertinence :
les traitements respiratoires**

L'oxygénothérapie de long terme est un traitement de l'insuffisance respiratoire chronique (pneumopathie chronique, asthme sévère, emphysème, mucoviscidose, etc.) par apport d'oxygène qui peut être réalisé par oxygène liquide ou par concentrateurs mobiles ou fixes³⁸⁵. Si la Haute Autorité de santé n'établit pas de hiérarchie entre ces traitements, l'oxygène liquide (au coût de 30 % supérieur à celui pratiqué dans trois pays européens) est largement prescrit en France. Le CEPS a négocié en 2015 une convention fondée sur la réalisation de deux objectifs de « performance » : d'une part, un objectif d'économies (23 M€), et d'autre part, la réduction du recours à l'oxygène liquide (48 % des prescriptions au titre de l'oxygénothérapie), déclenchant dans le cas contraire des baisses de prix accrues pour l'oxygène liquide. Les clauses de cette convention n'ont pas été appliquées en 2018, contrairement à ce qui était prévu.

Les traitements de l'apnée de sommeil par pression positive continue³⁸⁶ connaissent des niveaux de non-observance³⁸⁷ estimés par l'assurance maladie autour de 15 % des patients. La révision de leur nomenclature en 2016, qui prévoit notamment l'accord préalable de l'assurance maladie, a permis la négociation d'un « contrat de performance », entré en vigueur en 2018, qui prévoit des tarifs différenciés en fonction du niveau d'observance (observé par télé-suivi) du patient, dans un objectif de réduction de la non-observance à 3 % en 2020. À ce jour, le CEPS estime que 100 M€ d'économies ont été obtenues, contre un objectif initial de 200 M€ en année pleine.

³⁸⁵ Les concentrateurs concentrent l'oxygène présent dans l'air pour le délivrer au patient ; le traitement à l'oxygène liquide a recours à une source d'oxygène livrée au domicile du patient.

³⁸⁶ Il s'agit de la mise à disposition des patients d'une turbine qui envoie un flux d'air continu dans les voies aériennes supérieures via un masque porté durant la nuit.

³⁸⁷ La Haute Autorité de santé estime qu'une utilisation du dispositif inférieure à quatre heures par nuit est insuffisante.

C - Une « gestion du risque » à mieux cibler vers les prescriptions atypiques

1 - La maîtrise « médicalisée » des prescriptions : des actions de l'assurance maladie à l'efficacité insuffisante

Consciente de « l'essoufflement » du résultat de ses actions de « maîtrise médicalisée », la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) a renouvelé, à partir de 2017, ses modes d'action pour favoriser le bon usage des traitements à domicile impliquant des dispositifs médicaux.

En particulier, sur le fondement de l'article 68 de la convention médicale du 25 août 2016, la Cnam a développé des modèles de prescription, notamment pour les compléments nutritionnels oraux, les pompes à insuline externes et les traitements de l'apnée du sommeil. Plusieurs modèles d'ordonnance ou prescription sont mis à disposition des prescripteurs grâce à l'outil dématérialisé Amelimemo³⁸⁸. La Cnam s'estime cependant en manque de référentiels partagés de pertinence, en particulier d'arbres décisionnels étayés par des recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé (HAS).

La « maîtrise médicalisée » pour les dispositifs médicaux pourrait s'appuyer davantage sur l'identification d'écarts territoriaux dans les pratiques de prescriptions, qui peuvent attester de recours non pertinents à certains traitements³⁸⁹. Des actions régionales développées par les directions de coordination de la gestion du risque de la Cnam (DCGDR) montrent que pour certaines catégories homogènes de dispositifs (perfusions, pansements) le repérage de volumes atypiques prescrits par des professionnels de santé est possible. Des mises sous objectif ou sous accord préalable de prescripteurs et fournisseurs atypiques de dispositifs médicaux devraient être envisagées en conséquence.

En outre, le développement de la prescription dématérialisée, encore en 2020 au stade de l'expérimentation dans le domaine des dispositifs médicaux, sera un levier d'efficacité incontournable. La dématérialisation complète des mises sous accord préalable, susceptibles d'induire ponctuellement des économies significatives³⁹⁰, permettrait également de renforcer l'efficacité des actions de l'assurance maladie.

³⁸⁸ Début 2020, les dispositifs médicaux étaient le quatrième motif de consultation de cette application (3 751 consultations sur les 90 derniers jours).

³⁸⁹ À titre d'exemple, la Cour a évalué que 19 % des prescriptions nationales d'oxygénothérapie à court terme et qu'un quart des prescriptions nationales de perfusions à domicile étaient concentrées dans deux régions (Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse) qui ne représentent que 8 % de la population.

³⁹⁰ La mise sous accord préalable de sièges-coquilles de série avait réduit cette dépense de 30 M€ en 2018, mais a été annulée par le Conseil d'État dès 2019 pour erreur manifeste d'appréciation dans le choix du critère de pertinence retenu (grille « AGGIR »).

Enfin, les établissements de santé apparaissent actuellement en retrait des actions de « maîtrise médicalisée » de l'assurance maladie. Les praticiens hospitaliers sont à l'origine d'une part importante des prescriptions de dispositifs médicaux consommés en ville (apnée du sommeil, pansements complexes), voire majoritaire (perfusions à domicile, pompes à insuline). Seules quelques directions régionales de l'assurance maladie (DCGDR) ont identifié des établissements en vue d'y effectuer des visites d'accompagnement (Hauts-de-France, Bourgogne-Franche-Comté). Si l'impact de ces actions sur les prescriptions s'avérait satisfaisant, leur généralisation nationale devrait être envisagée. Enfin, les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES)³⁹¹ pourraient être davantage mobilisés pour accroître la pertinence de certaines prescriptions hospitalières effectuées en ville.

2 - La lutte contre la fraude : un levier à moderniser

Les plans annuels nationaux de lutte contre la fraude de la Cnam, jusqu'ici principalement orientés sur les prescripteurs et les pharmaciens d'officine, ont renforcé leur volet de lutte contre la fraude de la part des fournisseurs de dispositifs médicaux, en se fondant notamment sur l'expérience acquise par les services territoriaux de l'assurance maladie.

Les contrôles menés depuis 2017 ont permis de constater des préjudices d'un montant supérieur à 8 M€³⁹² par an (0,1 % de la dépense remboursée). Selon la Cnam, une meilleure exploitation des bases de données pour détecter des schémas de « fléchage » de prescriptions vers des pharmaciens ou prestataires « à risque », grâce notamment à la « fouille de données » ou « *datamining* », permettra d'accroître ces résultats.

Enfin, si la détection de fraudes nécessite des enquêtes approfondies, il apparaît prioritaire de mettre en place, sans attendre, des mécanismes bloquants, lorsque des facturations revêtent un caractère manifestement incompatible avec les nomenclatures en vigueur (par exemple, des facturations de dispositifs à domicile en période d'hospitalisation, qui constituent le premier motif de fraude, ou au-delà d'une durée de traitement de 365 jours annuels) et se révèlent aisément détectables. Sur le seul domaine des pompes à insuline, la Cnam estime le montant des indus potentiels à 3,5 M€. Aucune action nationale de contrôle de ces factures n'a pourtant été mise en œuvre à ce jour.

³⁹¹ Ces contrats (article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale) sont conclus pour une durée de cinq ans entre les établissements, les agences régionales de santé et l'assurance maladie dans le but d'améliorer les pratiques et l'organisation de l'offre de soins.

³⁹² La Cnam indique que les motifs de fraude les plus fréquents sont des facturations de dispositifs devenus inutiles du fait d'une hospitalisation (37 %), de dispositifs non conformes à la délivrance (30 %) et portant sur des produits non délivrés (18 %).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Une stratégie de maîtrise de la dépense de dispositifs médicaux a été élaborée par les pouvoirs publics à partir de 2013. Celle-ci se heurte toutefois à la difficulté d'évaluer précisément le montant de la dépense en cause et à l'existence d'un secteur économique très diffus et mal connu. Ce manque de données constitue un handicap pour le comité économique des produits de santé (CEPS), qui a toutefois procédé, depuis 2015, à des baisses tarifaires dont le montant s'élève à près de 500 M€.

La coordination des acteurs de la régulation et la définition d'une trajectoire pluriannuelle permettraient de redonner aux pouvoirs publics une plus grande maîtrise de la dépense.

Cette maîtrise doit résulter autant des baisses de prix que d'une maîtrise plus volontariste des volumes de dispositifs médicaux prescrits, premier facteur de croissance de cette dépense. Au regard des résultats décevants de la « maîtrise médicalisée » de l'assurance maladie (régulation des volumes de prescriptions à partir notamment de référentiels de bonne pratique), il importe de redéfinir des programmes de gestion du risque, reposant sur de nouveaux outils (mises sous objectif ou mises sous accord préalable, demandes d'accord préalable, lutte contre les fraudes en bandes organisées, mécanismes bloquants de facturation), assortis d'objectifs d'économies plus ambitieux dans le cadre de la maîtrise de l'Ondam.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 13. approfondir la connaissance par les pouvoirs publics du secteur, à travers notamment l'amélioration de l'exhaustivité des statistiques de consommation de dispositifs médicaux et de la dynamique de la dépense (ministères chargés de la santé, de la sécurité sociale et de la cohésion sociale, Cnam, Atih) ;*
- 14. établir une trajectoire pluriannuelle d'évolution des dépenses de dispositifs médicaux, déclinée à travers un plan de révision des nomenclatures et de réduction de la liste « en sus » articulés avec des objectifs de baisses tarifaires (ministères chargés de la cohésion sociale et de la santé) ;*
- 15. élaborer une stratégie pluriannuelle de structuration et de professionnalisation des achats de dispositifs médicaux assortie d'outils méthodologiques à destination des établissements de santé leur permettant d'obtenir des réductions de prix lors des négociations (ministère chargé de la santé) ;*

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

Troisième partie

Mieux cibler certaines prestations de solidarité

Chapitre VII

Les minima de pension de retraite : un système complexe à la logique devenue incertaine

PRÉSENTATION

Comme de nombreux autres pays, la France a fait le choix, pour améliorer le niveau de vie des personnes ayant atteint l'âge de la retraite, d'un système à deux volets : d'un côté, un minimum vieillesse, qui prend la forme depuis 2007 de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa), allocation universelle bénéficiant aux ménages les plus pauvres, servie sans aucun lien avec les activités professionnelles des bénéficiaires, versée en 2018 à 570 000 bénéficiaires pour un montant total de 3,2 Md€ ; et, de l'autre, moins connus, des minima de pension, versés par la plupart des régimes de retraite, à titre individuel et sous condition, à certains de leurs assurés.

Ces minima, qui concernent aujourd'hui environ un nouveau retraité sur cinq, constituent un pan important de la solidarité portée par le système de retraite. Le montant de pension supplémentaire versé à ce titre était estimé à 8,7 Md€ en 2018, soit environ un cinquième des dépenses de solidarité au titre de la retraite³⁹³.

Les principaux minima de pension de retraite sont le minimum contributif (Mico), versé par les régimes alignés (régime général et Mutualité sociale agricole des salariés) et le régime des cultes ; le minimum garanti (Miga), versé aux fonctionnaires par le Service des retraites de l'État et la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales ; la pension majorée de référence (PMR), versée aux non-salariés agricoles par la Mutualité sociale agricole.

Existant en France comme dans d'autres pays, les minima de pension des régimes représentent des montants substantiels pour leurs bénéficiaires. Leur part dans les dépenses de retraite tend toutefois à diminuer en raison notamment d'une articulation avec le minimum vieillesse qui mériterait d'être mieux pilotée (I). Ils suivent des règles complexes d'attribution et de calcul, et leurs défauts actuels doivent être corrigés (II).

³⁹³ Dispositifs de solidarité au « sens strict » comprenant également les majorations de durée d'assurance au titre des enfants et pour compenser des périodes de non-emploi (chômage, etc.), les majorations de pension pour trois enfants et plus et les départs anticipés (hors carrières longues).

I - Minima de pension et minimum vieillesse, une articulation à améliorer

Comme dans de nombreux pays étrangers, la plupart des régimes de retraite en France prévoient des minima de pension, dispositifs de solidarité qui leur sont propres, et dont l'effet est d'augmenter les pensions servies à certains de leurs assurés sous certaines conditions. Ces dispositifs coexistent avec le minimum vieillesse, mécanisme général de soutien des ressources des personnes âgées qui intervient de manière subsidiaire, certaines personnes pouvant ainsi bénéficier des deux types de mécanisme. Au cours du temps, la place des minima de pension a eu cependant tendance à se réduire.

A - Des objectifs complémentaires

1 - Une dualité présente dans de nombreux pays

Parmi les dix pays étrangers dont les systèmes de retraite sont régulièrement examinés par le conseil d'orientation des retraites (Cor)³⁹⁴, tous, à l'exception de l'Allemagne et des États-Unis, ont mis en place un dispositif visant à garantir un montant minimal de pension, sous diverses formes : comme en France, une pension propre au système de retraite, ouverte aux seuls cotisants, proportionnelle à la durée d'assurance et portant la pension à un minimum contributif (Belgique, Espagne, Italie) ; une pension forfaitaire, universelle, proportionnelle à la durée de résidence dans le pays (Canada, Pays-Bas, Suède) ou proportionnelle à la durée d'assurance (Japon et Royaume-Uni). En dehors des Pays-Bas et de la Suède, tous les pays étudiés proposent un minimum vieillesse, qui coexiste donc en général avec un dispositif de minimum de pension.

Selon l'OCDE³⁹⁵, la pension, forfaitaire ou minimum selon les pays étudiés, servie entière et rapportée au salaire moyen, varie entre 13 % au Canada et 34 % en Espagne, la France avec le Mico se situant dans une position médiane (22 %). À l'exception du Japon, des Pays-Bas et du Royaume-Uni, où la pension minimale est universelle et versée à la totalité ou quasi-totalité de la population des plus de 65 ans, les minima concernent entre 30 % et 40 % de cette population dans les autres pays.

³⁹⁴ Allemagne, Belgique, Canada, Espagne, États-Unis, Italie, Japon, Pays-Bas, Suède, Royaume-Uni. Secrétariat général du Cor, *Les minima de pension et de vieillesse à l'étranger*, document n° 7, réunion du Cor du 24 mai 2018.

³⁹⁵ OCDE, *Pensions at a Glance*, édition 2019.

Tableau n° 21 : montant des minima de pension et de vieillesse en pourcentage du salaire brut moyen en 2018

	Pension forfaitaire universelle servie entière	Minimum de pension propre au système de retraite servi entier	Minimum vieillesse
Allemagne	s.o.	s.o.	20 %
Belgique	s.o.	31 %	28 %
Canada	13 %	s.o.	17 %
Espagne	s.o.	34 %	19 %
États-Unis	s.o.	s.o.	16 %
France	s.o.	22 %	25 %
Italie	s.o.	21 %	19 %
Japon	15 %	s.o.	18 %
Pays-Bas	29 %	s.o.	s.o.
Suède	21 %	s.o.	s.o.
Royaume-Uni	17 %	s.o.	22 %

Source : OCDE, *Pensions at a Glance*, édition 2019. s.o. = sans objet.

L'exemple de la pension garantie en Suède

La Suède a mis en place une pension garantie financée par le budget de l'État. C'est une allocation différentielle dégressive qui complète la pension de base contributive lorsque celle-ci est faible ou nulle. Elle dépend du statut conjugal (célibataire ou marié). Sous condition de 40 ans de résidence en Suède, son montant est d'environ 20 % du salaire moyen des Suédois pour un célibataire (un peu moins pour une personne mariée) jusqu'à un premier seuil de pension (environ 10 % du salaire moyen), puis à un taux réduit jusqu'à un second seuil où elle vient compléter la pension liée à l'emploi. Au-delà de ce second seuil (soit environ 30 % du salaire moyen), elle n'est plus versée.

Il s'agit donc d'un mécanisme unique. Le montant du minimum, même si son barème diffère pour les couples et les célibataires, dépend uniquement du montant de la pension personnelle, sans prendre en compte la durée de carrière.

2 - Une coexistence installée en France

Comme la majorité des pays, la France a fait le choix d'un système à deux volets, avec des minima de pension servis par la plupart des régimes de retraite pour améliorer le niveau des pensions les plus basses, et un minimum vieillesse, comme filet de sécurité, servi sans considération des activités professionnelles des personnes.

Le minimum vieillesse

Instauré en 1956 et transformé depuis le 1^{er} janvier 2007 pour les nouveaux bénéficiaires sous la forme de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa), le minimum vieillesse porte l'ensemble des ressources de ses bénéficiaires à un niveau mensuel de 903,20 euros pour une personne seule et de 1 402,22 euros pour un couple au 1^{er} janvier 2020.

Il est soumis à condition de résidence en France. Ses bénéficiaires doivent être âgés de 65 ans au moins (62 ans en cas d'incapacité au travail) et la plupart des ressources du couple sont prises en compte, dont les pensions de vieillesse et d'invalidité. En particulier, il peut être versé en complément des minima de pension (cf. *infra*). Le minimum vieillesse est revalorisé en principe en fonction de l'inflation et, depuis 2019, au 1^{er} janvier de chaque année.

Le minimum vieillesse a fait l'objet de revalorisations exceptionnelles au cours des quinze dernières années : l'Aspa pour personne seule a été revalorisée de 25 % entre 2007 et 2012, puis de 12,5 % entre 2018 et 2020 (+100 euros mensuels). Il est financé par le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Tous les régimes de base en France, à l'exception de ceux des professionnels libéraux, ont ainsi mis en place des minima de pension de retraite, y compris les régimes spéciaux tels que ceux de la SNCF ou de la RATP. Il s'agit de composants des pensions servies par les régimes à leurs assurés, dont le calcul est effectué lors de la liquidation des droits à retraite.

Les principaux dispositifs de minima de pension, en nombre de bénéficiaires et en masses financières, sont le minimum contributif servi par le régime général et le régime des salariés agricoles (Mico, 7,0 Md€ en 2018), le minimum garanti servi par les régimes de la fonction publique (Miga, 1,6 Md€ en 2018) et la prestation majorée de référence servie par le régime des non-salariés agricoles (PMR, 127,2 M€ en 2018). La part des majorations liées aux minima de pension dans le total des pensions de droit propre était estimée en 2018 à environ 6 % pour le régime général et la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), 2 % pour la MSA non-salariés et moins de 1 % pour le régime des fonctionnaires de l'État.

Pour bénéficier des minima de pension, il faut remplir les conditions d'une pension à taux plein. En outre, pour le Mico et la PMR, il faut avoir liquidé l'ensemble de ses droits à la retraite (subsidiarité) et le total de pensions tous régimes doit être inférieur à un certain montant (écrêtement).

Les condition d'éligibilité et de service des minima

Pour bénéficier des minima de pension, les conditions d'une pension à taux plein (c'est-à-dire sans décote) doivent être réunies : les bénéficiaires doivent avoir soit validé la durée tous régimes requise pour le taux plein³⁹⁶, soit atteint l'âge légal d'annulation de la décote (67 ans), soit liquidé leurs droits à retraite au titre d'une catégorie particulière d'assurés³⁹⁷.

Les bénéficiaires du Mico et de la PMR doivent également avoir liquidé l'ensemble de leurs pensions personnelles de retraite attribuées au titre des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et, dans quelques cas, étrangers (condition de subsidiarité).

Depuis 2012, pour éviter que des retraités, affiliés à plusieurs régimes de base et ayant une pension totale élevée mais faible au régime général ou au régime des salariés agricoles, y perçoivent cependant le Mico, ceux-ci ne peuvent porter la somme des pensions de retraite, perçues dans l'ensemble des régimes de base et complémentaires, au-dessus d'un montant correspondant à 1 191,56 euros par mois au 1^{er} janvier 2020. Si ce montant est dépassé, les minima sont écrêtés en proportion. Ce mécanisme d'écèlement s'applique également à la PMR mais avec un plafond plus faible (871,27 euros) et ne s'applique pas au Miga.

Minimum vieillesse et minima de pension coexistent en France, sans que cela soit l'objet de débats³⁹⁸. Les constats et recommandations de la Cour figurant dans le présent chapitre s'inscrivent donc dans la perspective de la coexistence durable des deux types de mécanismes.

B - Une évolution de fait de la cible des minima de pension

Initialement, la logique poursuivie par le Mico, principal dispositif de minima de pension, était claire : améliorer les retraites des actifs à carrière longue et à bas salaire. La loi du 31 mai 1983 qui l'a institué avait ainsi pour objectif, selon l'exposé du projet de loi, de « *valoriser la carrière des assurés qui, bien qu'ayant travaillé un grand nombre d'années, n'ont acquis, en contrepartie de salaires faibles, qu'une pension inférieure au montant actuel du minimum vieillesse* ».

³⁹⁶ Cette durée augmente au fil des générations pour atteindre 43 ans (172 trimestres) à partir de la génération 1973.

³⁹⁷ Notamment au titre de l'invalidité, qui comprend les invalides.

³⁹⁸ Cette coexistence n'a pas été remise en cause à l'occasion des discussions préparatoires au projet de réforme des retraites, ni par le projet lui-même.

Des majorations de droits substantielles pour leurs bénéficiaires

La majoration de pension liée aux minima représente pour les nouveaux retraités qui en bénéficient de l'ordre de 130 euros par mois en moyenne, que ce soit pour les assurés du régime général percevant le Mico ou pour les fonctionnaires (hors militaires) percevant le Miga. Le montant moyen de la PMR servie est plus faible, environ 80 euros.

Pour les nouveaux retraités qui en bénéficient, la part du minimum dans la pension versée par le régime est de l'ordre d'un tiers au régime général. Elle est environ deux fois plus faible pour la PMR et le Miga³⁹⁹.

Les minima rapprochent les montants des pensions des bénéficiaires et des autres retraités. Pour les nouveaux retraités du régime général en 2018, le rapport entre la pension moyenne des bénéficiaires du Mico et celle des autres nouveaux retraités était d'environ 70 % ; il aurait été d'environ 50 % sans le Mico. Les bénéficiaires de minima de pension tous régimes avaient en 2016⁴⁰⁰ une pension totale inférieure en moyenne de 38 % à celle des autres retraités, l'écart étant du même ordre de grandeur pour les femmes ou pour les hommes.

1 - Les assurés à carrière complète devenus minoritaires parmi les bénéficiaires des minima

L'institution de l'écèlement des pensions en 2012 a eu pour effet de réduire la part des nouveaux retraités dont la pension est portée au Mico. S'ajoutent à cet effet les conséquences sur longue période des règles d'indexation des minima : le seuil de pension à partir duquel un nouveau retraité est éligible évolue en effet dans le temps au rythme de l'inflation, soit moins vite que les salaires, qui constituent la composante essentielle du calcul des pensions.

Selon la Drees⁴⁰¹, pour les personnes qui ont liquidé pour la première fois des droits à la retraite, la proportion de celles dont une pension est portée à un minimum est ainsi passée de 43 % en 2008 à 24 % en 2012 puis à 18 % en 2016.

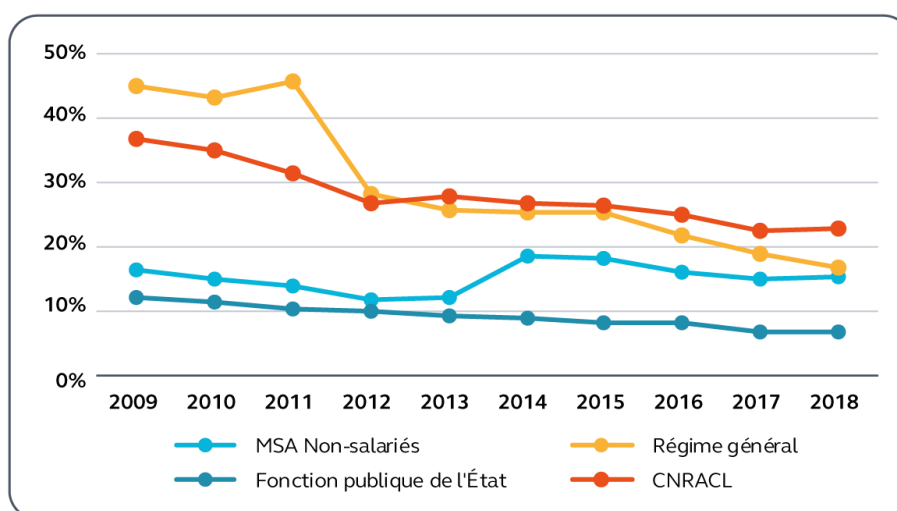
³⁹⁹ Toutefois, contrairement au Mico et à la PMR, le Miga n'est pas complété par la pension d'un régime complémentaire.

⁴⁰⁰ Les données de pensions tous régimes sont issues du dernier échantillon inter-régimes de retraités (EIR) portant sur 2016. L'EIR est constitué tous les quatre ans par la Drees.

⁴⁰¹ *Les retraités et les retraites*, fiche 09, Drees, édition 2019.

Aujourd'hui, les nouveaux retraités bénéficiaires de minima de pension sont principalement des femmes, davantage dans le secteur privé que parmi les fonctionnaires : environ 80 % au régime général, autour de 60 % dans la fonction publique de l'État hors militaires et à la CNRACL.

Graphique n° 30 : part des pensions élevées au minimum dans les liquidations de l'année



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

Les bénéficiaires ont généralement des durées faibles dans le régime qui leur verse ce minimum. Ce sont en majorité des assurés qui partent à la retraite à taux plein à l'âge d'annulation de la décote ou en raison d'une inaptitude ou de l'invalidité : en 2018, parmi les nouveaux retraités percevant le Miga, six sur dix étaient partis à la retraite au titre de l'invalidité et, parmi les nouveaux retraités percevant le Mico au régime général, 57 % étaient partis à l'âge d'annulation de la décote (33 %) ou au titre de l'inaptitude et de l'invalidité (24 %).

2 - Une part non négligeable de bénéficiaires des minima de pension sont aussi allocataires du minimum vieillesse

Pour certains travailleurs à faibles revenus d'activité, les minima de pension ne leur permettent pas d'avoir au total des ressources supérieures au minimum vieillesse, contrairement à l'objectif fixé initialement au Mico.

Lorsque la pension de base portée au Mico, augmentée de la retraite complémentaire, reste inférieure au minimum vieillesse et que les autres revenus du ménage sont faibles, l'Aspa peut en conséquence être versée en complément. Ainsi, en 2016, 9,0 % des retraités bénéficiaires d'un minimum de pension dans leur régime principal⁴⁰² percevaient également l'Aspa (dont 5,7 % parmi les femmes et 19,8 % parmi les hommes).

Les cumuls minima de pension – minimum vieillesse

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

La plupart des situations de cumul du Mico et du minimum vieillesse résultent d'une liquidation au terme d'une carrière incomplète à 67 ans, âge du taux plein, ou en raison de l'incapacité ou de l'invalidité.

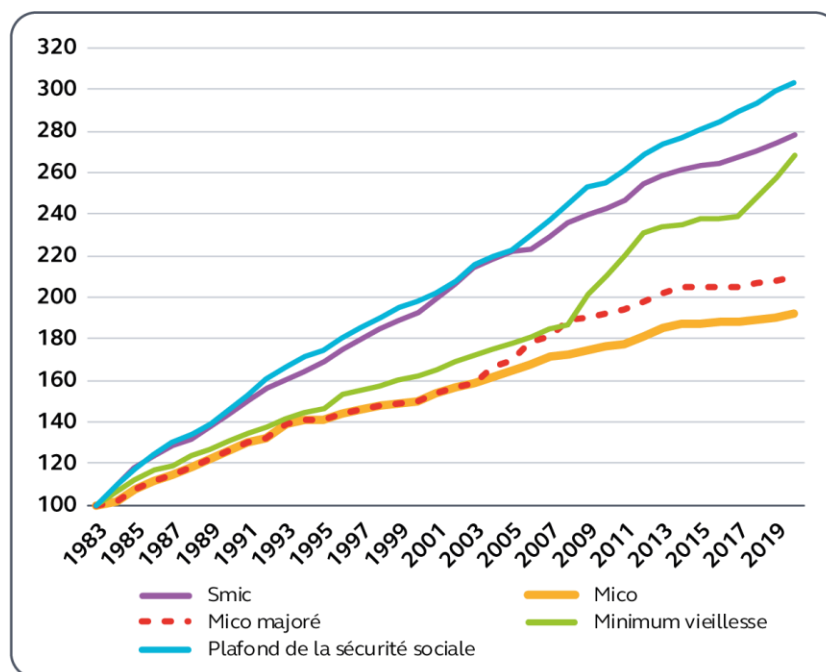
Pour un mono-pensionné du régime général vivant seul et n'ayant comme revenus que ses pensions de retraite, une pension portée au Mico ne suffit pas dans certains cas à atteindre un niveau de ressources au moins égal au minimum vieillesse. C'est le cas s'il a cotisé 150 trimestres (soit 37,5 ans de carrière) avec un salaire annuel moyen inférieur à 95 % du Smic ou 160 trimestres (soit 40 ans) avec un salaire annuel moyen inférieur à 75 % du Smic.

3 - Des évolutions des seuils des minima de pension et du minimum vieillesse à mieux articuler

L'évolution du niveau des minima de pension, moins favorable que celle du minimum vieillesse, provoque une bascule progressive des retraités modestes vers le minimum vieillesse.

⁴⁰² Régime dans lequel la personne a validé le plus de trimestres.

Graphique n° 31 : évolution en euros courants du seuil du Mico, du minimum vieillesse, du Smic et du plafond de la sécurité sociale (base 100 en 1983)



Source : Cour des comptes

Les « coups de pouce » donnés au Mico majoré⁴⁰³ de 2004 à 2008 ont permis d'atteindre quasiment l'objectif d'une pension totale nette (base et complémentaire) égale à 85 % du Smic net après une carrière complète et à temps plein au Smic, qui était l'objectif fixé par la loi portant réforme des retraites du 21 août 2003⁴⁰⁴, pour les générations nées à la fin des années 1940 et au début des années 1950.

⁴⁰³ La majoration du Mico a été instaurée en 2004, fonction du nombre de trimestres cotisés au titre des périodes d'activité. La condition pour en bénéficier est aujourd'hui de justifier d'au moins 120 trimestres cotisés dans les régimes de base obligatoires.

⁴⁰⁴ Article 4 de la loi : « La Nation se fixe pour objectif d'assurer en 2008 à un salarié ayant travaillé à temps complet et disposant de la durée d'assurance nécessaire pour bénéficier du taux plein un montant total de pension lors de la liquidation [y compris régimes complémentaires] au moins égal à 85 % du Smic net lorsqu'il a cotisé pendant cette durée sur la base du Smic ».

Ce n'est cependant plus le cas pour les générations qui partent actuellement à la retraite⁴⁰⁵. Ainsi, la pension totale nette d'un retraité né en 1956 et assujéti au taux réduit de CSG est de 81,4 % du Smic net après une carrière complète et à temps plein au Smic.

Par ailleurs, la différence de revalorisation entre le seuil du Mico et le Smic conduit à ce qu'aujourd'hui, la pension du régime général après une carrière complète et à temps plein au Smic soit supérieure au Mico : ce dernier ne concerne donc plus que des nouveaux retraités ayant effectué une carrière incomplète ou en partie à temps partiel.

L'effet des règles d'indexation

La part des minima de pension dans le total des pensions de droit propre diminue au fil des générations en raison du mode de revalorisation des seuils des minima (l'inflation) qui en longue période s'écarte du rythme d'évolution des salaires, lesquels constituent la base du calcul de la retraite au moment de sa liquidation : elle était, en 2016, de 4,0 % pour les 75-79 ans et 4,1 % pour les 80-84 ans, contre 3,1 % pour les 65-69 ans et 3,4 % pour les 70-74 ans.

S'ils sont tous en principe indexés sur les prix, en pratique le minimum vieillesse a évolué sur longue période plus vite que les minima de pension, compte tenu des revalorisations exceptionnelles intervenues entre 2007 et 2012, puis entre 2018 et 2020. Entre 1983 et 2000, en euros courants, le Mico pour les nouveaux retraités a été multiplié par 1,9 (2,1 pour le Mico majoré), alors que le minimum vieillesse pour une personne seule était multiplié par 2,7 et le Smic par 2,8.

Ainsi, la moindre revalorisation des seuils des minima de pension n'a pas permis de maintenir dans le temps les objectifs visés par ces minima par rapport au minimum vieillesse et au Smic.

L'orientation retenue par le projet de loi instituant un système universel de retraite confirme l'objectif d'une pension nette égale à 85 % du Smic net après une carrière complète et à temps plein au Smic, en prévoyant de revaloriser le seuil d'un minimum unique de pension sur le Smic, moyennant un coût supplémentaire par rapport à la règle actuelle et une transition longue.

⁴⁰⁵ Cf. le rapport annuel du Cor de juin 2019.

Quels que soient les choix qui seront arrêtés par les pouvoirs publics, le maintien des dispositifs de minima de pension appelle une meilleure articulation, à l'avenir, des évolutions des seuils des minima de pension et du minimum vieillesse.

II - Des simplifications à conduire dans l'intérêt des bénéficiaires

Les nombreuses disparités des règles de calcul des différents minima de pension et leur interdépendance, qui résultent des conditions de subsidiarité et d'écèlement, nécessitent des simplifications et une attention plus grande à la qualité de leur gestion, dans l'intérêt des bénéficiaires.

A - Une complexité à réduire

Chaque minimum de pension fonctionne avec des règles qui lui sont propres, ce qui n'en facilite pas la gestion et soulève par ailleurs des problèmes d'équité.

1 - Des écarts de règles significatifs

Les conditions d'éligibilité des trois principaux dispositifs ont été progressivement rapprochées, mais cette harmonisation reste incomplète et des différences significatives subsistent entre eux.

La pension majorée de référence pour les agriculteurs

La pension majorée de référence de premier niveau (PMR1) est ouverte aux chefs d'exploitation. Elle est servie entière (696,29 euros par mois au 1^{er} janvier 2020) si la durée validée en qualité de chef d'exploitation correspond à celle du taux plein, sinon elle est proratisée en fonction de la durée validée.

La pension majorée de référence de deuxième niveau (PMR2) est ouverte aux conjoints et aidants familiaux. Son montant entier est plus faible (553,29 euros) et est proratisé en fonction de la durée validée en tant que conjoint ou aidant familial.

Pour les non-salariés agricoles ayant été chefs d'exploitation pendant au moins 17,5 ans, peut s'ajouter un complément différentiel de points du régime complémentaire obligatoire (RCO) des non-salariés agricoles permettant d'atteindre le seuil de 75 % du Smic net agricole⁴⁰⁶ après une carrière complète. Ce complément est indexé sur le Smic net agricole.

⁴⁰⁶ Smic brut minoré des cotisations obligatoires dues au titre des régimes des salariés agricoles (1 206,44 euros au 1^{er} janvier 2020, contre 1 217,88 euros pour le Smic net).

Tableau n° 22 : Principales différences entre le Mico et le Miga

	Mico	Miga
<i>Ouverture du droit</i>	- Départs à la retraite soit avec la durée requise pour le taux plein, soit à l'âge d'annulation de la décote, soit au titre de l'inaptitude ou de l'invalidité - Liquidation de toutes les pensions personnelles (condition de subsidiarité)	- Mêmes conditions de départ à la retraite que pour le Mico - Condition de subsidiarité prévue par la loi du 9 novembre 2010 mais non mise en œuvre
<i>Montant du minimum entier</i>	642,93 € par mois	1 182,52 € par mois
<i>Majoration pour trimestres cotisés</i>	+ 59,61 € par mois (si servie entière)	Aucune
<i>Barème</i>	Montant strictement proportionnel à la durée validée (et à la durée cotisée pour la majoration) et maximum pour une durée correspondant à celle requise pour le taux plein	Montant croissant avec la durée validée (hors certaines majorations) à un rythme différent selon la durée (moins de 15 ans, entre 15 et 30 ans, entre 30 et 40 ans) et maximum pour 40 ans
<i>Plafond de pension totale</i>	1 191,56 € par mois	Prévu par la loi du 9 novembre 2010 mais non mise en œuvre
<i>En cas de décès du bénéficiaire</i>	Non pris en compte dans la réversion du conjoint	Pris en compte dans la réversion du conjoint

Source : Cour des comptes

2 - Des écarts de règles qui soulèvent des questions d'équité

Les conditions de subsidiarité et d'écèlement, qui n'auraient plus à s'appliquer dans un système de retraite universel⁴⁰⁷, doivent notamment être harmonisées entre les différents régimes.

⁴⁰⁷ Sauf dans le cadre de conventions bilatérales qui les prévoient. Actuellement, la condition d'écèlement pour le Mico et la PMR s'applique différemment en cas de pensions servies par des régimes étrangers ; elle ne s'applique pas à ces pensions dans le cadre de la coordination européenne ou de conventions bilatérales et, lorsqu'elle s'applique, l'information exhaustive manque souvent.

Une situation anormale, le défaut d'application des règles de subsidiarité et d'écèlement dans la fonction publique

Les dispositions relatives à la condition de subsidiarité et à l'écèlement des minima de pension ne sont toujours pas mises en œuvre pour le Miga, dix ans après leur instauration par la loi du 9 novembre 2010, alors que les régimes de la fonction publique pourraient s'appuyer, bien qu'il nécessite quelques améliorations (cf. *infra*), sur le système d'information inter-régimes (EIRR), qu'ils alimentent au même titre que les autres régimes.

La condition d'écèlement s'applique également différemment pour le Mico et la PMR. À la différence du Mico, le plafond pour la PMR prend en compte également les pensions de réversion. Il est en outre inférieur de plus de 25 % au plafond du Mico, sans qu'un tel écart n'ait été justifié ; cet écart a d'ailleurs tendance à s'accroître car le plafond pour la PMR est revalorisé comme l'évolution des prix tandis que le plafond de l'écèlement pour le Mico évolue comme le Smic. La formule même de l'écèlement pourrait également être discutée⁴⁰⁸.

Par ailleurs, les montants des minima pour une carrière complète ne sont pas harmonisés. Celui du Miga est naturellement plus élevé car il a vocation à couvrir l'intégralité de la retraite, contrairement au Mico et à la PMR auxquels s'ajoute une pension complémentaire, mais la prise en compte des régimes complémentaires ne suffit pas à justifier ces écarts, ni les différences de taux de cotisation entre les régimes.

Le barème du Mico pose également un problème spécifique pour les polypensionnés du régime général et d'un régime non aligné.

Différences de traitement des polypensionnés liées au Mico

Un retraité né en 1958, ayant cotisé au régime général (50 trimestres) et au régime des professions libérales (CNAVPL), bénéficie d'un montant de Mico plus élevé s'il a validé au total moins de 167 trimestres que s'il en a validé davantage : le montant du Mico est pondéré par 50/167 dans le premier cas et par 50/180 dans le second cas s'il a validé par exemple 180 trimestres, sans contrepartie du côté de la CNAVPL qui n'attribue pas de minimum de pension.

⁴⁰⁸ Lorsque le montant total des pensions, avant application du minimum, est un peu inférieur au plafond de l'écèlement, une prolongation d'activité dans un autre régime n'augmente pas le montant total des pensions y compris minimum (hors surcote). L'écèlement pourrait être lissé pour favoriser davantage la prolongation d'activité.

Enfin, ces trois minima de pension dépendent de la durée d'assurance selon des modalités différentes qui présentent des effets de seuil. Pour le Miga, un barème linéaire en référence à la durée requise pour le taux plein, comme pour le Mico et la PMR, serait plus lisible et éviterait un effet de seuil à 15 années de service. Dans le cas du Mico, la distinction entre durée validée et durée cotisée complexifie le barème ; par ailleurs, le seuil de 120 trimestres cotisés, qui représente environ les trois quarts⁴⁰⁹ d'une carrière complète cotisée, crée un effet de seuil qui pourrait être lissé à coût inchangé par un barème progressif.

Les effets de seuil liés aux barèmes du Miga et du Mico

Un retraité né en 1958 ayant été fonctionnaire une partie de sa carrière avec de faibles rémunérations se voit attribuer une pension de la fonction publique portée au Miga égale à 675,24 euros par mois s'il a effectué 15 années de service mais perdra plus de 260 euros par mois de retraite s'il lui manque un trimestre de service (Miga égal à 414,88 euros).

Un retraité du régime général de la même génération, ayant eu de faibles rémunérations, bénéficie d'une majoration du Mico égale à 42,83 euros par mois s'il a cotisé au total 120 trimestres, mais d'aucune majoration s'il n'a cotisé que 119 trimestres.

3 - Une articulation avec d'autres dispositifs de retraite à clarifier

L'articulation des minima avec la surcote et la réversion diffère également selon les régimes.

Depuis le 1^{er} avril 2009, la surcote s'applique au montant de la retraite après ajout du minimum, pour qu'elle augmente effectivement la pension servie. Toutefois, pour la PMR et contrairement au Mico, elle est prise en compte dans le montant total des pensions soumis à écrêtement et peut, dans certains cas, ne pas augmenter la pension. Pour valoriser la prolongation d'activité, la surcote devrait dans tous les cas s'appliquer en dernier lieu, après ajout du minimum et écrêtement.

L'articulation des minima avec la réversion diffère également selon les dispositifs. Contrairement au calcul du Mico et du Miga, celui de la PMR intègre également la pension de réversion servie à l'assuré par le régime de base et son écrêtement prend en compte les pensions de réversion. À l'inverse, contrairement au Miga et à la PMR, le Mico n'est

⁴⁰⁹ Cette part se réduit progressivement au fil des générations compte tenu de l'allongement de la durée requise pour le taux plein.

pas réversible car il existe un minimum de réversion dans les régimes alignés, qui est absent dans les régimes de la fonction publique et des non-salariés agricoles ; ce minimum est inférieur à 50 % du Mico servi entier. Le statut des minima par rapport à la réversion mériterait d'être clarifié et si possible harmonisé.

B - Une qualité de gestion à garantir sans délais aux personnes éligibles aux minima de pension

1 - Près d'un demi-million de dossiers liés au minimum contributif en attente d'être définitivement traités

La détermination de l'éligibilité à un minimum de pension et l'évaluation de son montant découlent théoriquement, lorsque toute l'information permettant d'instruire le dossier est disponible, d'une procédure entièrement automatisée.

L'instauration des conditions d'écèlement et de subsidiarité pour le Mico et la PMR a cependant complexifié la procédure d'attribution de ces minima et le calcul de leur montant, qui dépendent d'informations d'autres régimes de retraite souvent indisponibles au sein du répertoire d'échange inter-régimes de retraite (EIRR), qui centralise les informations de carrière et de pension des assurés dans l'ensemble des régimes, et qui rencontre par ailleurs fréquemment des difficultés de maintenance et d'exploitation⁴¹⁰.

Parmi les pensions liquidées en 2017, 37,0 % étaient potentiellement éligibles au Mico avant prise en compte de l'écèlement, mais à la fin de l'année 2018 seulement 26,1 % avaient pu être traitées et donner lieu au calcul de l'écèlement. Ainsi, à cette date, les données portant sur les autres pensions des assurés, via l'EIRR, nécessaires à la détermination du Mico, restaient indisponibles pour 10,9 % des pensions liquidées représentant près de 30 % des dossiers potentiellement éligibles, soit près de 70 000 dossiers. Parmi ces dossiers non traités, un peu plus d'un quart bénéficiait du versement à titre d'avance⁴¹¹ d'un montant provisoire dans l'attente d'une régularisation comportant donc des risques ultérieurs d'indus, et pour les trois quarts restant le Mico n'était ni calculé ni servi (susceptibles donc d'entraîner des rappels).

⁴¹⁰ Le dispositif de ressources mensuelles (DRM) a vocation à se substituer à terme à l'EIRR. Des travaux sont en cours pour évaluer la trajectoire de passage d'un outil à l'autre.

⁴¹¹ Dès que l'assuré remplit la condition de subsidiarité, si le montant théorique du Mico dépasse 15 % du minimum entier majoré (105,38 euros par mois au 1^{er} janvier 2020), une avance est versée afin d'éviter une rupture de ressources. Ce dispositif n'existe pas pour la PMR, dont les montants versés aux retraités sont plus faibles.

Tableau n° 23 : attribution et versement du Mico, à la fin de l'année 2018, pour les pensions liquidées au régime général en 2017 (en %)

Pensions non éligibles au Mico	63
Pensions potentiellement éligibles au Mico	37
Pensions pour lesquelles toute l'information est disponible pour calculer le Mico	26,1
<i>Mico calculé mais non servi (du fait de l'écèlement)</i>	9,2
<i>Mico calculé et servi</i>	16,9
Pensions pour lesquelles toute l'information n'est pas disponible pour calculer le Mico	10,9
<i>Avances servies sur Mico</i>	2,8
<i>Mico non calculé et non servi</i>	8,1
Ensemble	100

Source : Cour des comptes d'après les données de la Cnav

Comme l'a relevé la Cour dans le cadre de la certification des comptes de la branche vieillesse du régime général⁴¹², près d'un demi-million de majorations de pension au titre du Mico était en attente de calcul à fin 2019⁴¹³ dans la branche vieillesse du régime général. Le même phénomène se produit à la MSA salariés, probablement de moindre ampleur, même s'il n'existe aucun suivi du stock des dossiers en attente. Sans informations nouvelles, ni la Cnav, ni la MSA salariés ne reviennent sur ces dossiers, susceptibles de rester de nombreuses années en attente, d'autant que les conventions d'objectifs et de gestion avec l'État ne comprennent pas d'objectifs relatifs au versement du montant définitif du Mico.

Cette situation, identifiée depuis 2012, porte sur des droits à suppléments de pension, qu'il est anormal de ne pas verser à des bénéficiaires dont les ressources sont, par construction, très modestes.

2 - La nécessité d'une meilleure information des assurés

Les minima de pensions ne font pas l'objet d'une demande de la part des assurés : ils sont attribués automatiquement dès lors que l'assuré remplit les conditions pour en bénéficier, en particulier la condition d'un départ à la retraite sans décote.

⁴¹² Une instance de pilotage visant à mobiliser l'ensemble des régimes pour fiabiliser l'EIRR a été mise en place sous l'égide de la direction de la sécurité sociale, à la suite des préconisations de la Cour.

⁴¹³ Il s'agit des pensions pour lesquelles toute l'information n'est pas disponible pour calculer le Mico.

A contrario, un départ à la retraite à taux minoré, avec décote, qui concerne environ 10 % des nouveaux retraités, peut avoir une incidence forte sur le montant de la pension servie au nouveau retraité, puisqu'il n'est pas éligible au minimum de pension. Or, à la suite de leur demande de liquider leur pension, les assurés ne sont pas informés de la perte éventuelle du Mico s'ils confirmaient leur choix de partir avec décote.

En outre, les minima de pension semblent très mal connus du public. Selon une enquête réalisée en 2017⁴¹⁴, 21 % des nouveaux retraités interrogés avaient répondu qu'ils savaient de quoi il s'agissait, 26 % en avaient entendu parler mais ne savaient pas bien de quoi il s'agissait, et 53 % n'en avaient jamais entendu parler. De ce fait, au moment de la liquidation des droits, le bénéfice d'un minimum peut apparaître comme « une bonne surprise » pour les assurés qui en bénéficient. Toutefois, à l'inverse, l'absence d'information sur l'existence et les conditions des minima pénalise ceux qui demandent à liquider leur pension avec une faible décote alors qu'ils auraient pu différer de peu leur départ pour bénéficier d'un minimum de pension.

Il est donc indispensable que les régimes de retraite développent l'information dispensée aux futurs retraités sur les conditions de leur éligibilité à un minimum de pension et les conséquences de leur choix de date de liquidation de leurs droits.

⁴¹⁴ Luc Masson, Gwennaél Solard, *Profiter de la retraite le plus longtemps possible motive les départs encore plus que par le passé*, Études et Résultats, Drees, n° 1042, décembre 2017.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La France a fait le choix depuis les années 80 d'un système à deux étages de minima de revenus à la retraite, comprenant des minima de pension par régime et un minimum vieillesse universel, qui peut compléter les minima de pension de manière différentielle. Ce système complexe suscite des différences de traitement entre les assurés des différents régimes : les règles d'éligibilité et de calcul ainsi que les montants diffèrent, et certains régimes n'ont pas de minimum de pension. L'évolution dans le temps de ces minima de pension a tendu à restreindre le nombre de bénéficiaires et à réduire les dépenses associées par rapport au montant total des retraites.

Il s'avère en outre que l'objectif initial du minimum de pension du régime général consistant à valoriser le travail à faibles salaires, surtout les carrières longues, est aujourd'hui perdu de vue dans la mesure où les bénéficiaires du minimum contributif sont majoritairement des assurés ayant eu des carrières courtes, qui partent à la retraite à l'âge du taux plein (67 ans) ou plus tôt (62 ans) au titre de l'invalidité ou de l'incapacité.

Le maintien du système de minima de pension suppose une meilleure articulation avec le minimum vieillesse, ainsi qu'une simplification et une harmonisation entre assurés des différents régimes. Une meilleure qualité de service aux bénéficiaires est en tout état de cause un enjeu immédiat.

Dans le prolongement des réformes antérieures, la Cour formule les recommandations suivantes :

- 17. mettre en application les dispositions de la loi du 9 novembre 2010 soumettant le Mica à des conditions de subsidiarité et d'écrêtement (ministère chargé des retraites, ministère chargé des comptes publics) ;*
 - 18. harmoniser le traitement des différents minima de pension au regard de la surcote et de la réversion (ministère chargé des retraites) ;*
 - 19. résorber le stock des dossiers en attente de calcul définitif du Mica (ministère chargé des retraites) ;*
 - 20. améliorer l'information sur les dispositifs de minima en renforçant la communication pour les assurés ne liquidant pas leur pension à taux plein (ministère chargé des retraites, ministère chargé des comptes publics, Cnav, CCMSA, Caisse des dépôts et consignations).*
-

Chapitre VIII

L'action sociale de la branche famille : des dépenses importantes, un impact à améliorer

PRÉSENTATION

L'action sociale de la branche famille du régime général de sécurité sociale, constituée par le réseau des 101 caisses d'allocations familiales (Caf) et de la caisse nationale des allocations familiales (Cnaf), recouvre le champ des prestations extra-légales. Elle est financée par le fonds national d'action sociale (Fnas)⁴¹⁵, dont le budget est arrêté par la Cnaf, et dont les dépenses ont été de 5,76 Md€ en 2018.

À côté de collectivités territoriales, d'associations ou d'entreprises, la branche famille contribue financièrement à la création et au fonctionnement de crèches, d'accueils de loisirs, de centres sociaux, de foyers de jeunes travailleurs, de lieux de soutien à la parentalité, etc. Elle accompagne aussi, à titre individuel, des familles rencontrant des difficultés, par l'intervention de travailleurs sociaux et par des aides financières.

Les actions financées par les Caf concernent majoritairement l'accueil des jeunes enfants, secteur dans lequel l'action de la branche famille est financièrement incontournable : il n'est pas un mode de garde qui ne fonctionne sans un financement des Caf, qu'il s'agisse des versements aux structures au titre de l'action sociale ou aux familles au titre de la Prestation d'accueil du jeune enfant (Paje)⁴¹⁶.

Les dépenses d'action sociale de la branche famille ont fortement augmenté et les efforts entrepris pour améliorer les procédures budgétaires et de gestion doivent être poursuivis (I). Des leviers nouveaux doivent cependant être mobilisés pour assurer plus d'efficacité à ces actions en faveur des familles (II).

⁴¹⁵ Au-delà des crédits du Fnas, l'action sociale des Caf peut bénéficier de ressources complémentaires (remboursements de prêts, participations familiales, subventions des partenaires) qui majorent les crédits du Fnas : cet ensemble constitue les dépenses d'action sociale (6,08 Md€ en 2018).

⁴¹⁶ En 2019 (données provisoires), les dépenses de la Paje (qui relève du champ des prestations légales) ont atteint 11,25 Md€ dont 0,94 Md€ au titre des allocations versées pendant le congé parental, 5,53 Md€ au titre du complément mode de garde – assistante maternelle, 0,29 Md€ au titre du complément mode de garde – employé à domicile et 0,56 Md€ au titre du complément mode de garde – structures (source : rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2019).

L'action sociale, un cadre de gestion spécifique et méconnu

Les caisses d'allocations familiales (Caf) versent les prestations familiales légales⁴¹⁷, c'est-à-dire les aides aux familles dont les conditions sont définies par la loi. Il s'agit de compléments de revenus composés principalement des allocations familiales et des prestations d'accueil du jeune enfant (Paje), pour un montant de 31,5 Md€ en 2018. En complément, la branche famille a développé une politique d'action sociale de façon à répondre à des besoins sociaux, individuels ou collectifs, non couverts par ces prestations.

L'action sociale s'inscrit dans un cadre législatif⁴¹⁸ et réglementaire relativement souple. L'arrêté du 3 octobre 2001 fixe un large spectre d'interventions : l'action en faveur de la petite enfance, le soutien aux familles et à la fonction parentale, la prévention des exclusions, l'appui aux jeunes adultes, le temps libre et les vacances des enfants et des familles. Alors que les prestations légales sont uniformes sur tout le territoire, ce sont les conseils d'administration des Caf qui décident du budget d'action sociale, définissent ses orientations en fonction de l'analyse locale des besoins et attribuent des subventions aux partenaires ou des aides aux familles.

Historiquement, les choix des Caf ont pu être différents d'un territoire à l'autre. Néanmoins, ces différences tendent à s'estomper depuis une vingtaine d'années, sous l'effet d'une centralisation progressive de la détermination de la politique d'action sociale, en particulier dans le cadre des orientations pluriannuelles formalisées par les conventions d'objectifs et de gestion (Cog) entre l'État et la Cnaf.

**I - Des dépenses en forte hausse,
une gestion de plus en plus centralisée**

Les moyens de l'action sociale ont été fortement sollicités à partir de 2013 avec l'objectif de contribuer au financement de l'effort de création de places d'accueil pour la garde des jeunes enfants. Parallèlement, la Cnaf a poursuivi le mouvement de centralisation de la gestion, laquelle reste perfectible.

⁴¹⁷ Les Caf versent également des aides au logement, le revenu de solidarité active, la prime d'activité, l'allocation adulte handicapé, etc.

⁴¹⁸ L'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale (CSS) prévoit que la Cnaf a pour rôle « de gérer un fonds d'action sanitaire et sociale dans le cadre d'un programme fixé par arrêté du ministre des affaires sociales, après avis de son conseil d'administration ». Selon l'article L. 263-1 du CSS, les Caf « exercent une action sanitaire et sociale en faveur de leurs ressortissants et des familles de ceux-ci dans le cadre du programme » précité.

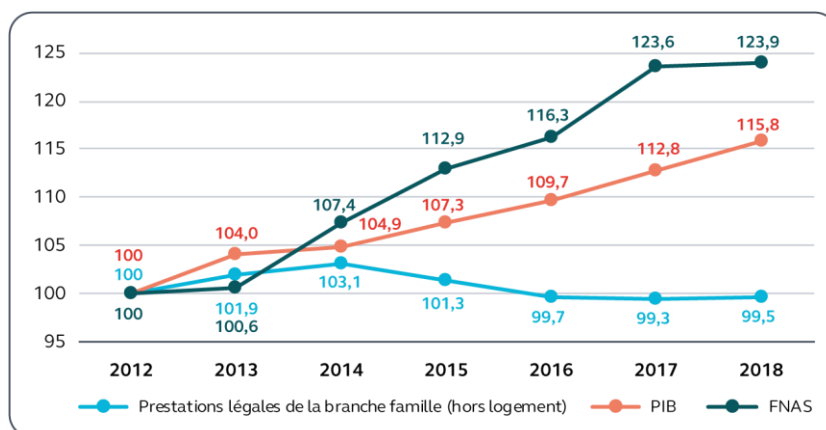
A - La priorité donnée à l'accueil des jeunes enfants

1 - Des dépenses d'action sociale en forte croissance depuis 2012

La branche famille se singularise par rapport aux autres branches du régime général de la sécurité sociale par l'importance de ses dépenses d'action sociale : 5 865 M€ en 2019, contre 124 M€ pour la branche maladie et 324 M€ pour la branche retraite.

Entre 2012 et 2018, les dépenses sont passées de 4,65 Md€ à 5,76 Md€, soit +23,9 %, nettement donc plus que la progression du produit intérieur brut (+15,8 %), alors que le montant des prestations légales (hors logement) de la branche famille demeurait globalement stable.

Graphique n° 32 : évolution nominale des dépenses du Fnas, des prestations familiales légales (hors logement) et du PIB (base 100 en 2012)



Source : Cnaf (DPFAS et comptes combinés de la branche famille), Insee, calculs Cour des comptes

2 - Accueil des jeunes enfants et temps libre, priorités de l'action sociale

Deux grands secteurs, à la croissance soutenue, concentrent 82 % des dépenses en 2018 :

- l'accueil des jeunes enfants de 0 à 6 ans : 60 % des dépenses (3,65 Md€, +27 % depuis 2013), dont 2,47 Md€ de dépenses de prestation de service unique (PSU), finançant le fonctionnement des établissements d'accueil du jeune enfant (crèches pour l'essentiel) ;

- le temps libre des enfants et de la famille : 22 % des dépenses (1,35 Md€, +22,6 % depuis 2013), dont 1,1 Md€ au titre des prestations de service (+33 % depuis 2013, principalement dans le périscolaire (accueils de loisirs), du fait de la réforme des rythmes scolaires).

Les prestations de service

Les « prestations de service » constituent la principale modalité d'aide au fonctionnement, versée par les Caf, aux services et équipements (établissements d'accueil de jeunes enfants, accueils de loisirs, centres sociaux, équipements parentalité, foyers de jeunes travailleurs, etc.).

La prestation de service unique (PSU) finance le fonctionnement des établissements d'accueil de jeunes enfants⁴¹⁹. La PSU complète les participations familiales (plus celles-ci sont faibles, plus la subvention de la Caf est importante) afin de favoriser la mixité sociale, à hauteur de 66 % du prix de revient horaire d'un établissement d'accueil de jeunes enfants dans la limite d'un plafond. Pour bénéficier de la PSU, les crèches doivent avoir au moins un autre financeur, être ouvertes à tous, appliquer le barème national des participations familiales (qui est proportionnel aux ressources des familles et qui varie selon le nombre d'enfants à charge) et signer une convention avec la Caf.

B - Une réorientation des autres interventions à poursuivre

L'évolution des besoins des familles conduit la Cnaf à orienter et mieux encadrer les multiples types d'intervention des Caf.

⁴¹⁹ Les micro-crèches et les crèches familiales, qui ne sont pas financées par la PSU, sont éligibles au complément de libre choix du mode de garde (CMG) qui est une composante de la prestation légale « Prestation d'accueil du jeune enfant » (Paje). Cette prestation est versée directement aux parents, et assure une prise en charge partielle des coûts qu'ils supportent pour faire garder les enfants par une assistante maternelle agréée, une garde à domicile ou une micro-crèche.

1 - Le recentrage des aides individuelles sur les familles mises en difficulté par des événements de la vie

Les aides financières aux familles, qui peuvent avoir des objets très divers (achat d'équipements pour l'habitat, accès aux vacances, secours d'urgence, etc.), représentent moins de 5 % de la totalité des dépenses. Leur coût de gestion est cependant important, représentant 23 M€⁴²⁰, soit environ 8 % de leur montant total.

La doctrine d'intervention sociale de la branche vient d'être reformulée par une circulaire interne de juillet 2019⁴²¹.

Les orientations données par la Cnaf précisent ainsi les conditions d'intervention des travailleurs sociaux de la branche, qui ont désormais vocation à accompagner de manière préventive les familles en cas de survenance de certains événements : la séparation des parents, le décès d'un parent ou d'un enfant, les impayés de loyer et la monoparentalité⁴²². Le recentrage de l'attribution des aides individuelles sur ces événements est la conséquence logique de ces orientations, ce qui suppose que les publics qui ne seraient dès lors plus concernés par ces nouvelles modalités d'intervention de la branche famille, conservent un interlocuteur auprès des guichets généralistes d'aide sociale (en particulier les services sociaux du département).

Cette nouvelle approche clarifie de manière bienvenue le positionnement de la branche famille à l'égard des autres acteurs locaux de l'action sociale, notamment les conseils départementaux.

Parallèlement, l'État s'est désengagé, depuis la loi de finances pour 2014, du financement des dispositifs de soutien à la parentalité (médiation familiale, espaces de rencontre, lieux d'accueil enfants-parents et réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents), ce qui a implicitement conduit à transférer leur pilotage à la branche famille. Le

⁴²⁰ Cette mesure globale mélange des processus largement industrialisés sans passage en commission, qui constituent la majorité des montants versés (aide aux vacances, etc.) à une myriade de petites aides (secours, aides à l'équipement, etc.) de faible montant et dont le traitement requiert un nombre élevé d'interventions non standardisées. Leur coût complet de gestion intégrant le coût d'intervention d'un travailleur social et celui d'un examen en commission est donc au moins égal, pour de nombreuses aides, au montant effectivement versé au bénéficiaire.

⁴²¹ La lettre-réseau n° 2019-051 du 3 juillet 2019 « doctrine nationale des interventions sociales de la branche Famille : pour un renouveau du travail social des Caf ».

⁴²² L'indécence du logement et l'accompagnement des familles bénéficiaires du RSA majoré ne figurent donc pas dans ce socle national et les Caf doivent veiller à ne pas consacrer plus de 20 % du temps de travail social à ces actions.

budget consacré à leur financement a ainsi plus que doublé depuis 2013, représentant 67,2 M€ en 2018. Cette évolution est cohérente avec la création de l'Agence de recouvrement des impayés de pension alimentaire (Aripa) dont les activités sont assurées par les Caf et le recentrage de l'intervention sociale de la branche sur les événements de la vie familiale.

2 - Le soutien aux centres sociaux

Les structures qui concourent à l'animation de la vie sociale relèvent de deux catégories : les centres sociaux et les espaces de vie sociale, ces derniers étant des structures plus légères ayant une gestion par principe associative. Leur financement par le Fnas a représenté en 2018 un budget de 213 M€ (+37,5 % par rapport à 2013). De plus en plus, le centre social devient un centre de ressources de services familiaux financés par une prestation de service ou un appel à projets de la Caf. Plus de 80 % des centres sociaux proposent ainsi des actions visant l'accueil des jeunes enfants sous des formes diverses : relais d'assistantes maternelles, halte-garderie, crèche, ludothèque, etc. Ces structures accueillent aussi fréquemment des services de soutien à la parentalité.

Toutefois, les exigences en termes de service rendu et d'évaluation demeurent faibles et hétérogènes selon les Caf. L'accompagnement et le cadrage national par la Cnaf de ces structures devraient être renforcés.

C - Un pilotage renforcé mais des progrès de gestion à poursuivre

1 - Des dépenses déterminées pour l'essentiel par la Cnaf

Les fonds d'action sociale engagés de manière libre par les conseils d'administration locaux ne représentent plus que 14 % du total en 2018, contre 60 % en 1995.

Cette évolution traduit le poids croissant des politiques définies et organisées dans le cadre d'orientations nationales et la réduction du champ laissé aux caisses locales.

Toutefois, à compter de 2013, le mouvement de centralisation des crédits a été tempéré par la création de « fonds complémentaires » fléchés (212 M€ ouverts en 2018 pour 176 M€ dépensés), dont l'engagement relève des conseils d'administration des Caf dans le respect des orientations nationales fixées par la Cnaf. Parmi ces fonds, le fonds « publics et

territoires » peut être mobilisé pour soutenir des actions au titre de la petite enfance, de l'enfance et de la jeunesse ou du logement, dans la limite de 80 % du coût de fonctionnement. Les Caf peuvent ainsi accompagner plus fortement des projets – dont des innovations – à partir d'enjeux identifiés localement⁴²³.

2 - Une gouvernance locale à mieux encadrer

En matière de risques de conflits d'intérêts des administrateurs des Caf, un dispositif de prévention a été déployé depuis 2017 au sein du réseau, mais des anomalies dans le remplissage des déclarations préventives ont été relevées dans certaines caisses.

Aucune mesure n'est prévue en cas d'absence de renseignement de ces déclarations. En outre, se posent les questions de la pertinence du maintien des Unions départementales des associations familiales (Udaf) comme membres de droit du conseil d'administration des Caf et de la possibilité que celles-ci président une instance de gouvernance de la Caf⁴²⁴. Il existe en effet un risque de conflit d'intérêts au cas où une Udaf serait opératrice d'un service financé par la Caf.

La Cnaf a indiqué à la Cour son intention de renforcer le modèle de déclaration d'intérêts en vigueur pour les administrateurs et de faire appliquer strictement le dispositif de prévention des conflits d'intérêts et les règles de déport.

Une comitologie à alléger

Le conseil d'administration d'une Caf peut désigner en son sein une ou plusieurs commissions spécialisées et leur déléguer une partie de ses attributions.

⁴²³ Ainsi, durant la Cog 2013-2017, ce fonds a permis d'expérimenter le dispositif des « Promeneurs du Net » dans quelques départements, pour ensuite le généraliser à l'échelle nationale. Des travailleurs ou animateurs sociaux (les « Promeneurs du Net ») assurent une présence à finalité éducative sur internet : ils entrent en contact et créent des liens avec les jeunes sur les réseaux sociaux, ils peuvent apporter de l'information, accompagner des projets, prendre en charge des difficultés ou détecter une situation préoccupante.

⁴²⁴ Selon l'article L. 212-2 du code de la sécurité sociale, le conseil d'administration de la Caf est composé de 24 membres dont quatre représentants des associations familiales désignés par l'Udaf. En 2018, neuf Caf étaient présidées par un représentant de l'Udaf.

Usuellement, chaque Caf dispose d'une commission d'action sociale. Toutefois, alors que le poids financier de l'action sociale est cinq fois moins important que celui des prestations légales, certaines Caf ont multiplié ces commissions spécialisées en matière d'action sociale. Outre la commission d'action sociale, ont pu être créées, par exemple, une commission des aides financières individuelles, une commission territoriale ou encore une commission du règlement intérieur d'action sociale. Près d'une Caf sur cinq dispose d'au moins trois commissions en matière d'action sociale.

Cette importante comitologie, dont la plus-value n'apparaît pas clairement, a des impacts en termes de sur-sollicitation des administrateurs et de frais de fonctionnement. Le nombre de commissions spécialisées devrait donc être limité et la commission d'action sociale recentrée sur les missions les plus stratégiques.

3 - Une sortie à assurer de la gestion d'équipements par les Caf

Historiquement, les Caf ont assuré elles-mêmes la gestion d'équipements d'animation de la vie sociale. Le désengagement de ces gestions est un principe prévu depuis 2001. Sa mise en œuvre s'est accélérée depuis 2013 et figure désormais dans les engagements pris par la Cnaf vis-à-vis de l'État au titre de la convention d'objectifs et de gestion (Cog) de la branche 2018-2022.

Fin 2018, 74 Caf et 3 fédérations de Caf⁴²⁵ géraient 279 services⁴²⁶. Le nombre de centres sociaux en gestion directe est en nette diminution sur 15 ans (-61 %). Les centres restant en 2019 sont ceux pour lesquels il est le plus difficile de trouver une solution de reprise, en raison de leur localisation (63 sont en quartiers prioritaires de la politique de la ville), des faibles ressources des collectivités territoriales sur lesquelles ils sont implantés ou de l'absence de partenaires associatifs susceptibles de prendre le relais. Malgré la mobilisation de la branche et des caisses, les transferts de gestion de ces équipements sociaux ne seront réalisés qu'à moyen terme (3 à 5 ans).

⁴²⁵ Certaines Caf se sont regroupées en fédérations sur une base régionale pour assurer des charges en commun (par exemple, la gestion de villages de vacances).

⁴²⁶ Un tiers d'entre eux (84) sont des centres sociaux, abritant généralement divers autres services sociaux (accueils de loisirs, crèches, lieux d'accueil enfants-parents, etc.) également financés et gérés directement par les Caf.

Contrairement aux équipements sociaux, les 31 villages ou centres de vacances ou de loisirs, dont 14 Caf et trois fédérations sont encore propriétaires, peuvent difficilement être qualifiés de prioritaires pour l'exercice des missions des Caf, ni de sensibles au regard de leurs implantations. Actuellement, 16 de ces équipements touristiques sont en vente. Si l'engagement de la Cnaf dans l'accompagnement de ce processus est attesté, il est nécessaire d'accélérer la vente de la totalité des villages et des centres de vacances.

4 - Un pilotage budgétaire plus resserré depuis 2018

Comme la précédente, la convention pluriannuelle 2018-2022 avec l'État porte des objectifs de développement de l'offre de services et de rééquilibrage territorial et social. Elle a prévu un net ralentissement de la hausse moyenne du budget (+2 % par an en moyenne, contre 7,5 % par an en moyenne pour la période 2013-2017), en réduisant très sensiblement l'objectif de création de places en crèches. Les objectifs apparaissent plus réalistes que sur la période précédente.

Des risques d'erreur à maîtriser

Les risques financiers liés aux dispositifs de contrôle interne de l'action sociale sont insuffisamment maîtrisés⁴²⁷. Le champ des procédures nationales de liquidation et de contrôle, qui permettent notamment le contrôle sur place, est incomplet ; il ne prend pas en compte, par exemple, les subventions d'investissement et de fonctionnement (hors prestations de service) et ne couvre pas les centres sociaux. Les contrôles mis en œuvre tant par les services ordonnateurs que par les agences comptables sont insuffisants. En 2019, un nouveau système d'information permettant une meilleure sécurisation des risques a été déployé, mais une partie des actes de gestion est encore réalisée dans l'ancien système.

Afin d'améliorer la prévision budgétaire et d'ajuster les dépenses aux besoins, des outils de pilotage budgétaire ont été mis en place progressivement depuis 2006⁴²⁸. En outre, les règles budgétaires du Fnas ont été revues : des taux d'évolution différenciés ont été fixés selon les

⁴²⁷ Dans son *Rapport de certification des comptes 2019 du régime général de la sécurité sociale*, publié en mai 2020 (La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr), la Cour a formulé une réserve sur le dispositif national de contrôle interne des prestations extra-légales d'action sociale.

⁴²⁸ À partir de la « crise » budgétaire du Fnas.

enveloppes budgétaires et les règles de fongibilité des crédits⁴²⁹ en cours d'année entre enveloppes ont été précisées et encadrées. Le taux d'exécution des dépenses d'action sociale s'est amélioré : 99 % en 2018, contre 94 % lors de la Cog 2013-2017.

Depuis 2001, les moyens de l'action sociale (essentiellement du personnel, 7 264 ETP au titre de 2019⁴³⁰) étaient principalement identifiés dans un budget d'action sociale distinct du budget de gestion administrative, qui concernait les prestations légales. Les crédits affectés à la gestion de l'action sociale étaient inclus dans la dotation locale d'action sociale. À compter de 2020, l'ensemble des dépenses de personnel et de fonctionnement de chaque Caf est regroupé dans un budget commun de gestion. Cela permettra une vision consolidée des effectifs des Caf et devrait faciliter le suivi et les arbitrages en matière de ressources humaines.

II - Des aides aux familles à mieux orienter

L'insuffisance des résultats obtenus nécessite de repenser les outils de l'action sociale de la branche famille.

A - Des résultats insuffisants

L'action sociale des Caf n'atteint que partiellement les objectifs qui lui sont fixés.

1 - Des dépenses qui ne servent pas suffisamment l'accroissement des capacités d'accueil des jeunes enfants

Entre 2013 et 2018, la branche famille avait reçu de l'État l'objectif de développer en cinq ans 100 000 solutions nouvelles d'accueil en crèche.

⁴²⁹ La fongibilité permet d'utiliser des crédits prévus initialement pour un type de dépenses pour un autre type de dépenses.

⁴³⁰ La structure des emplois s'est modifiée au profit de fonctions telles que la gestion des situations clients et les conseils de service à l'usager tandis que celles liées à l'intervention et au développement social ont diminué. En particulier, les effectifs relevant des Caf affectés aux équipements en gestion directe seraient passés de 1 674 ETPMA en 2013 à 1 220 ETPMA en 2018.

Cet objectif n'a été que partiellement atteint : entre 2013 et 2017, 62 500 solutions nettes d'accueil collectif supplémentaires ont été proposées⁴³¹, soit un taux de réalisation de 63 %.

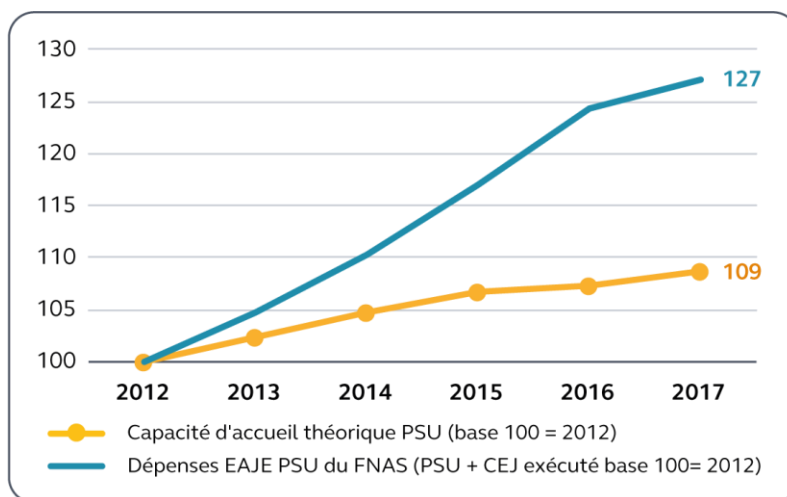
Si les Caf cofinancent les projets de structures d'accueil du jeune enfant, ce sont en revanche les acteurs locaux publics ou privés qui les initient. Or, les communes et intercommunalités, qui gèrent 60 % du parc d'établissements d'accueil du jeune enfant, confrontées à des difficultés diverses depuis 2013, notamment budgétaires, ont cherché à limiter leurs dépenses dans ce secteur, ce qui explique que l'objectif de création de places n'ait pas été atteint.

L'augmentation des dépenses consacrées au financement de la PSU (+27 % depuis 2012), qui atteignaient près de 2,5 Md€ en 2018, n'a eu qu'un effet limité sur la capacité d'accueil. En outre, comme l'a déjà signalé la Cour⁴³², les établissements d'accueil de jeunes enfants financés par la PSU constituent la solution de garde qui est à la fois la plus coûteuse en frais de fonctionnement et la plus subventionnée par l'argent public.

⁴³¹ Se répartissant entre : 31 700 par création nette (56 600 créations brutes pour 24 800 suppressions) de places en établissements d'accueil de jeunes enfants en équipements relevant de la prestation de service unique (PSU) ; 24 700 par création nette de places en micro-crèches relevant de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje), donc non financées par le Fnas ; 6 100 par augmentation de la fréquentation en équipements PSU.

⁴³² Cour des comptes, *L'accueil des enfants de moins de trois ans : une politique ambitieuse, des priorités à mieux cibler*, rapport publique thématique, novembre 2013 (La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr). Ce constat reste inchangé, comme le montre le rapport Igas-IGF (2017) sur les dépenses d'accueil du jeune enfant : l'accueil collectif en établissement d'accueil de jeunes enfants PSU est le plus fortement subventionné (89 % du coût total, contre 75 % pour l'accueil par une assistante maternelle), alors même qu'il constitue le mode de garde le plus coûteux (1 482 euros/mois en établissement d'accueil de jeunes enfants, contre 1 142 euros/mois pour le recours à une assistante maternelle pour une garde à temps plein), même sans prendre en compte les coûts d'investissement.

Graphique n° 33 : évolution comparée des financements et des capacités d'accueil



Note de lecture : PSU = prestation de service unique ; Eaje : établissement d'accueil de jeunes enfants ; CEJ : contrat enfance jeunesse

Source : Cour des comptes à partir des données Cnaf sur l'exécution du Fnas et les rapports annuels de l'Observatoire national de la petite enfance (Onape)

Du fait des réticences des collectivités locales à s'engager dans de nouveaux projets, ce sont les acteurs privés qui ont permis la création d'environ 40 % des nouvelles solutions d'accueil durant la Cog 2013-2017, notamment *via* le développement de micro-crèches⁴³³ financées par la Paje, c'est-à-dire par les prestations légales, et non par l'action sociale. La capacité d'accueil des micro-crèches est ainsi passée de 8 500 places en 2012 à 34 200 places en 2018⁴³⁴, soit un quadruplement depuis 2012. Dans le même temps, la capacité d'accueil en établissements d'accueil de jeunes enfants financés par la PSU a augmenté de 377 000 places en 2012 à 411 500 places en 2018, soit moins de 10 %. En 2018, les micro-crèches Paje ont été à l'origine de 7 100 places supplémentaires sur le total de 8 900 places créées, soit 80 % des créations nettes de solutions d'accueil collectif des jeunes enfants.

Ainsi, la PSU ne procure plus un effet de levier majeur à la création d'équipements ou de places d'accueil.

⁴³³ L'article R. 2324-17 du code de la santé publique définit les micro-crèches comme « les établissements d'accueil collectif dont la capacité est limitée à dix places ».

⁴³⁴ En 2018, les micro-crèches Paje représentaient 7,6 % du total.

2 - Les territoires les plus prioritaires insuffisamment servis

La correction des inégalités territoriales dans le développement des solutions d'accueil proposées aux familles constituait une orientation majeure de la Cog 2013-2017. Ainsi, 75 % des nouvelles places devaient être créées dans les territoires ayant un taux de couverture⁴³⁵ inférieur à la moyenne nationale (52 % en 2013). En fait, 60 % des créations de places ont été constatées dans ces territoires dits « sous-dotés », mais ces créations sont intervenues majoritairement dans les plus favorisés d'entre eux. L'objectif de correction des inégalités territoriales n'a donc pas été atteint.

Les dépenses d'action sociale relatives à l'accueil des jeunes enfants rapportées à la population des 0-4 ans⁴³⁶ varient beaucoup selon le département. Quatre départements ont, en 2018, une dépense moyenne supérieure à 1 400 euros par enfant, dont Paris (2 808 euros) et les Hauts-de-Seine (1 624 euros) pour les dépenses les plus élevées, et 34 départements une dépense inférieure à 700 euros, dont la Mayenne (388 euros) et l'Aisne (354 euros) pour les dépenses les plus faibles. La dépense médiane par enfant (0-4 ans) au titre de l'accueil des jeunes enfants est passée de 567 euros en 2013 à 791 euros en 2018. Toutefois, l'écart absolu à la médiane s'est accru entre 2013 et 2018 pour la plupart des Caf des deux extrémités de l'échelle⁴³⁷.

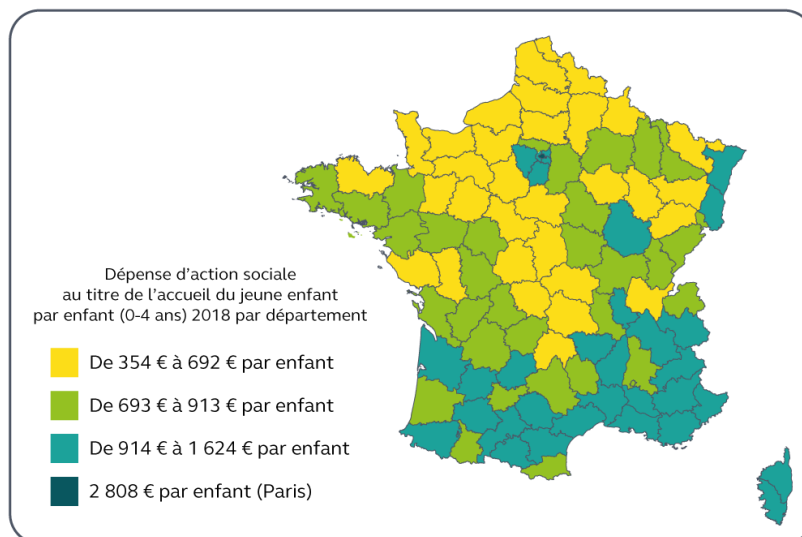
Les fortes dépenses dans les départements les plus dotés pourraient notamment résulter d'un nombre d'équipements historiquement élevé, d'une demande plus forte (dans les territoires urbanisés et avec un taux élevé de couples biactifs) ou de coûts immobiliers et salariaux plus importants, en particulier en Ile-de-France. Par ailleurs, ces données n'appréhendent pas les autres dépenses de la branche famille en faveur de l'accueil des jeunes enfants qui relèvent des prestations légales (Paje).

⁴³⁵ Le taux de couverture est la capacité théorique d'accueil par les modes d'accueils formels (crèches et micro-crèches, assistants maternels) pour 100 enfants de moins de trois ans sur un territoire donné.

⁴³⁶ Données départementales Insee (effectifs 0-4 ans).

⁴³⁷ Parmi les 30 Caf dont la dépense en 2013 à ce titre était la plus élevée, 19 d'entre elles ont en 2018 une dépense par enfant dont l'écart à la médiane (en moyenne +415 euros) s'est accru par rapport à 2013 (+359 euros). Parmi les 30 Caf dont la dépense par enfant au titre de la politique d'accueil des jeunes enfants était la moins élevée en 2013, 24 d'entre elles ont en 2018 une dépense par enfant dont l'écart à la médiane (en moyenne -207 euros) s'est accru par rapport à 2013 (-65 euros).

**Carte n° 2 : les aides au titre de l'accueil des jeunes enfants
(par enfant par département) en 2018**



Source : données d'action sociale (Cnaf), données démographiques (Insee), calculs Cour des comptes

Avec la création de 30 000 places nouvelles, la Cog 2018-2022 poursuit des objectifs similaires de rééquilibrage, notamment dans les quartiers de la politique de la ville et les zones de revitalisation rurale⁴³⁸. Elle prévoit notamment de soutenir le développement des crèches à vocation d'insertion professionnelle (Avip), ciblant plus particulièrement les foyers monoparentaux. Ces orientations sont justifiées par le fait que, pour les crèches financées par le Fnas, le reste à charge des familles les plus modestes est inférieur à celui des autres modes de garde (pour un couple biactif ayant un revenu équivalant à un Smic, le reste à charge est de 58 euros pour les établissements financés par la PSU contre 319 euros en micro-crèche Paje, 157 euros chez un assistant maternel et 215 euros en garde à domicile partagée⁴³⁹). Il s'agit d'un enjeu de politique sociale, la disponibilité, dans les territoires défavorisés, d'une offre de garde dite « formelle »⁴⁴⁰ à un coût modéré étant essentielle au regard de l'accès à l'emploi ou du maintien dans l'emploi des femmes, et en matière de socialisation précoce des enfants.

⁴³⁸ Depuis juillet 2019, le conseil d'administration de la Cnaf a étendu les objectifs de rééquilibrage des places en établissement d'accueil du jeune enfant aux zones de revitalisation rurale.

⁴³⁹ Programme de qualité et d'efficience « famille » annexé au PLFSS 2020, p. 86.

⁴⁴⁰ C'est-à-dire de garde par un tiers, regroupant les établissements d'accueil du jeune enfant, les assistants maternels, les salariées à domicile et l'école préélémentaire.

L'effet redistributif des interventions de l'action sociale sur les restes à charge en crèche

Le mode de financement des crèches opère une redistribution vers les familles les moins aisées, avec un reste à charge (participation financière des familles) qui diffère fortement selon le niveau de revenus.

Le reste à charge des familles ayant un enfant en crèche financée par l'action sociale de la branche famille est fonction du niveau de revenu. En 2019, pour un couple biactif disposant d'un revenu équivalant à deux Smic et ayant un enfant de moins de 3 ans à charge, le coût de la garde en établissement d'accueil de jeunes enfants (1 553 euros par mois) est financé à hauteur de 46 % par les collectivités locales, de 39 % par la Caf et de 6 % par l'État, le reste à charge s'élevant à 9 % (138 euros par mois) pour la famille. Pour un parent isolé ou un couple biactif disposant d'un revenu équivalant à un Smic, le reste à charge est de 4 % (58 euros par mois) et le financement de la Caf représente 47 %. En revanche, pour un couple disposant d'un revenu équivalant à six Smic, le reste à charge est de 27 % (soit 423 euros par mois) et le financement de la Caf représente 21 %⁴⁴¹.

B - Des dépenses en faveur de l'accueil des jeunes enfants à mieux orienter

De nouveaux outils s'appuyant sur une évaluation plus fine des besoins sont nécessaire pour mieux orienter les financements.

1 - La rénovation nécessaire des outils d'intervention

Le contrat enfance jeunesse (CEJ) passé avec les acteurs locaux constituait jusqu'en 2018 le levier financier essentiel pour soutenir le développement de l'offre d'accueil des jeunes enfants. Cet instrument s'est révélé de plus en plus vieillissant et inadapté. Il a entraîné une forte hétérogénéité des financements pour des services équivalents sur un même territoire et entre départements. Ainsi, le montant versé de la prestation de service enfance-jeunesse par place était de 1 267 euros en moyenne en métropole, mais il variait de 482 euros en Territoire de Belfort à 2 355 euros en Haute-Loire.

⁴⁴¹ Programme de qualité et d'efficience « famille », annexe du PLFSS 2020, p. 37 et 86.

Les modalités d'intervention de l'offre ont été renouvelées dans le cadre du déploiement des nouvelles conventions territoriales globales (CTG) signées entre la Caf et les collectivités partenaires. À compter de 2020, pour simplifier la gestion pour les partenaires et réduire les écarts de financement des services aux familles, la prestation de service enfance-jeunesse est remplacée par un bonus « territoire CTG ». Une enveloppe destinée à la petite enfance est prévue en 2022 à hauteur de 769 M€. Ainsi, un établissement d'accueil du jeune enfant pourra être financé, en complément de la PSU, par le bonus « territoire CTG » (financement forfaitaire par place d'établissement d'accueil du jeune enfant) et, s'il remplit les conditions, par les bonus « mixité sociale » et « inclusion handicap ». Pour les établissements d'accueil de jeunes enfants uniquement, le bonus « territoire CTG » prend en compte le potentiel financier par habitant et le niveau de vie par habitant afin de soutenir les collectivités les moins riches. Un forfait pour le développement des nouvelles offres de services est également prévu selon un barème national et les financements des services existants d'un même territoire seront harmonisés.

Cette nouvelle architecture du financement des services conserve une certaine complexité pour les partenaires. Par ailleurs, la Cnaf n'a pas saisi l'occasion, à travers la mise en œuvre des nouvelles CTG, de reconsidérer le niveau global des allocations des postes de pilotage et de coordination et leur répartition entre territoires (5 500 ETP, salariés par les collectivités mais financés par les Caf pour un montant total de 85 M€).

2 - Évaluer les besoins des familles par territoire

L'objectif de rééquilibrage de l'offre d'accueil des jeunes enfants fixé par la Cog consiste à réduire les écarts entre les taux de couverture territoriaux et la moyenne nationale⁴⁴². Or, cet objectif, comme son indicateur de mesure, ignore l'intensité relative de la demande locale de solutions de garde. Il ne permet donc pas de rendre compte de situations différentes entre, d'une part, des grandes villes où existe une offre de crèches parfois importante mais avec de nombreuses familles sur liste d'attente et, d'autre part, des territoires jugés prioritaires en raison d'un taux de couverture inférieur mais dans lesquels la demande est moindre, ou peut être satisfaite par d'autres moyens que l'accueil en crèche.

⁴⁴² La lettre interprétative de la Cog fixe un indicateur LI-01-40 mesurant « l'écart des taux de couverture entre les zones les moins bien dotées et la moyenne nationale en matière d'accueil des jeunes enfants ».

Une priorisation des financements permettant de mieux réguler l'accueil collectif au niveau territorial nécessite donc que cet indicateur d'offre soit complété par des indicateurs de demande.

La circulaire de la Cnaf du 5 décembre 2018, document de référence des Caf pour les décisions de financement de places nouvelles, s'appuie également, pour évaluer la pertinence d'un financement, sur des indicateurs d'ordre démographique ou liés à la tension sur les accueils existants : nombre d'enfants de moins de trois ans (permettant d'apprécier le potentiel de fréquentation de la structure) et taux d'occupation réel et financier des établissements à proximité⁴⁴³, viabilité économique du projet et capacité à mobiliser des compétences en matière de gestion et de petite enfance.

Une évaluation des dispositifs d'action sociale à approfondir

Lors des dix dernières années, de nouveaux outils ont été mis en place, permettant de mieux connaître et suivre certains pans de l'action sociale, et différentes études ont été conduites. Néanmoins, à l'issue de la Cog 2013-2017, l'évaluation des impacts des dispositifs d'action sociale demeurait insuffisante. Le morcellement de l'action sociale et sa mise en œuvre par des tiers rendent d'autant plus nécessaire l'exercice d'évaluation.

La Cog 2018-2022 a prévu de définir et de mettre en œuvre un programme d'évaluation, d'échange de données et d'étude de dispositifs ou de politiques, dans un cadre annuel glissant. Toutefois, à mi-parcours de la Cog, ce programme d'évaluation n'avait pas encore été précisé par les tutelles.

Les capacités d'évaluation de la branche famille étaient encore récemment limitées par le système d'information, conçu initialement pour la liquidation des aides et adapté ensuite pour le pilotage et l'évaluation des actions des Caf. Le déploiement effectif à l'ensemble de l'action sociale du nouveau système d'information de l'action sociale (Omega) et de certains outils plus ciblés devrait contribuer à une meilleure analyse des activités, des publics et des localisations géographiques et ainsi permettre d'appuyer le développement des études d'impact, en particulier au regard des objectifs de réduction des inégalités sociales et territoriales.

La Cnaf a enfin engagé la construction d'un indicateur des tensions locales permettant de mesurer un déséquilibre (insuffisance ou excès) entre l'offre de places par les modes de garde formels et la demande de parents de jeunes enfants, appréhendée globalement et par type de mode de garde.

⁴⁴³ Si le fonctionnement de ces derniers n'est pas optimisé, la Caf peut demander au porteur de projet souhaitant s'implanter sur le territoire d'adapter son projet, voire décider de ne pas le soutenir.

Dans un contexte de baisse de la natalité française depuis 2015, cet indicateur pourrait être modulé par la prospective démographique, dès lors que la décision d'ouvrir des places d'accueil emporte des conséquences financières à moyen et long termes.

3 - Une offre d'accueil des jeunes enfants à réguler

Faute d'attribution d'une compétence obligatoire en matière d'accueil des jeunes enfants à un échelon de collectivités publiques, la mission attribuée à la branche famille est le cofinancement des places existantes et la création de nouvelles places dans un souci d'équilibre social et territorial. Cette mission s'exerce dans le cadre des nouvelles conventions territoriales globales signées entre la Caf et les collectivités, qui visent à renforcer la cohérence des actions en direction des familles sur un territoire.

Ces nouveaux instruments ne sont cependant pas opposables aux acteurs qui n'en sont pas signataires. En particulier, les projets de micro-crèches financées par la Paje qui ne dépendent pas d'une subvention publique pour leur installation n'ont besoin que de l'agrément sanitaire des services de la protection maternelle et infantile (PMI) du Conseil départemental.

Dans ce contexte, plusieurs rapports récents s'interrogent sur la pertinence du maintien de l'agrément sanitaire par les services départementaux des établissements d'accueil de jeunes enfants. Une alternative proposée, qui paraît la plus consensuelle, pourrait être de confier aux Caf l'intégralité du processus d'agrément, avec la capacité de recourir à une expertise extérieure sur les questions sanitaires.

Cependant, ce scénario ne prend pas en compte la question de la régulation de l'offre d'accueil collectif de la petite enfance. Or, les restes à charge des familles sont inégaux suivant le type d'établissement. Les crèches Paje sont moins accessibles aux familles à revenus modestes que les crèches financées par la PSU. En revanche, l'implantation d'une micro-crèche financée par la Paje à proximité d'une crèche existante financée par la PSU risque de réduire le taux de fréquentation de celle-ci par les familles aisées, entraînant une hausse de son coût de revient par enfant et une augmentation du coût pour la branche famille liée à la baisse de la participation des familles. Il est donc nécessaire d'assurer la cohérence de l'offre de modes de garde collectifs au sein d'un territoire.

Cette question pourrait trouver une réponse à travers les conventions territoriales globales (CTG), selon un processus d'autorisation à définir. En cas d'installation de nouvelles structures d'accueil collectif, leur cohérence avec les solutions d'accueil disponibles localement serait examinée par les signataires de la CTG en fonction des besoins de la zone considérée. L'autorisation d'installation serait délivrée soit par l'une des parties à la CTG (Caf ou collectivité), soit conjointement (Caf et collectivités).

Cette nouvelle capacité partenariale de régulation des créations d'établissements d'accueil de jeunes enfants assurerait une participation adéquate des micro-crèches Paje à l'augmentation des capacités locales d'accueil collectif, tout en limitant les coûts d'investissement et de fonctionnement supportés par les deniers publics et en permettant une meilleure réversibilité des capacités d'accueil ainsi créées si la baisse de la natalité se poursuivait.

C - Une implication dans le champ éducatif à réexaminer

Les modifications successives des rythmes scolaires entre 2013 et 2018⁴⁴⁴ ont conduit à augmenter fortement l'offre périscolaire⁴⁴⁵ au sein des accueils de loisirs sans hébergement, cofinancés par les Caf⁴⁴⁶. Le surcoût de ces réformes a été chiffré entre 840 et 940 M€ par an par la Cour⁴⁴⁷, dont 40 % pris en charge par l'État, 25 % par les Caf et 35 % par les collectivités locales et les familles. Les dépenses au titre de la politique périscolaire du Fnas ont ainsi doublé de 2012 à 2018, passant de 272 à 530 M€. Au total, sur les champs périscolaire et extrascolaire, la prise en charge du temps libre des enfants par la branche famille dépasse désormais 1 Md€ par an, soit plus de 15 % du Fnas.

⁴⁴⁴ L'obligation d'une semaine scolaire de quatre jours et demi dans le premier degré, introduite en 2013 puis assouplie en 2014, a été supprimée en 2017.

⁴⁴⁵ 14 663 accueils collectifs de mineurs destinés à 0,8 million d'enfants en septembre 2012, 24 574 centres accueillant 2,6 millions d'enfants en septembre 2015.

⁴⁴⁶ Le nombre de places ouvertes en périscolaire hors mercredi est passé de 960 245 en 2012/2013 à 2 598 802 en 2017/2018, alors que les places ouvertes le mercredi en accueil périscolaire se sont réduites sur la même période de 807 861 à 368 524.

⁴⁴⁷ Cour des comptes, *Rapport sur la situation financière et la gestion des collectivités territoriales et de leurs établissements publics*, septembre 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

L'intervention de la branche a été ainsi une réponse à des décisions qui lui ont été entièrement extérieures. Ses financements sont de surcroît versés sans ciblage particulier des territoires ou des publics. L'opportunité de l'intervention de la branche famille dans le champ éducatif, extra- et périscolaire, se pose et s'étend d'ailleurs au cofinancement des actions portées par les contrats locaux d'accompagnement scolaire (Clas) financés par les Caf à hauteur de près de 31 M€ en 2018. Les Clas, qui concernent 200 000 enfants, ont des points communs et des liens fréquents avec les nombreux autres dispositifs visant la réussite des enfants menés dans le cadre de la politique de la ville ou de l'éducation prioritaire : programmes de réussite éducative (PRE), réseaux d'éducation prioritaire (REP et REP+), cité éducative, etc.

Les Caf n'assument qu'un rôle de financeur minoritaire⁴⁴⁸ de ces dispositifs Clas reconduits d'année en année et confiés aux mêmes opérateurs associatifs. Leur dimension de soutien à la parentalité est faiblement perçue par les parents et les partenaires. Leurs objectifs fondamentaux (aide aux devoirs, ouverture culturelle) pourraient être assurés par d'autres programmes. Au total, l'intervention de la branche famille paraît ajouter à la confusion découlant du nombre de programmes de soutien éducatif destinés aux différents territoires et publics. Il est souhaitable que le pilotage et le financement des Clas soient confiés à l'Éducation nationale et aux collectivités territoriales compétentes afin d'en assurer une meilleure cohérence.

⁴⁴⁸ Via une prestation de service égale à 32,5 % du prix de revient des actions. À l'échelle nationale, le financement est majoritairement supporté par le bloc communal (38 %) et les Caf (30 %). L'État contribue à hauteur de 11 % sur ses fonds dédiés à la politique de la ville, les conseils départementaux à 5 % et les conseils régionaux à 1 %.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les dépenses du Fnas ont connu une croissance dynamique, passant de 4,65 Md€ en 2012 à 5,76 Md€ en 2018. L'accueil des jeunes enfants et le temps libre des enfants et de la famille absorbent 82 % du total des dépenses en 2018. Les dotations locales d'action sociale ne représentent plus que 14 % des dépenses d'action sociale exécutées en 2018, traduisant le poids croissant des politiques définies nationalement.

Les objectifs ambitieux de la Cog 2013-2017 en matière de création de places en crèche n'ont pas été atteints. Les nouveaux objectifs et la trajectoire budgétaire pour la période 2018-2022 sont plus réalistes. Le pilotage de l'action sociale, notamment budgétaire, tend à s'améliorer, mais des marges de progrès sont toutefois possibles dans l'évaluation des résultats, le contrôle interne et le contrôle de gestion. Si la cohérence de l'action sociale s'affirme autour des besoins des familles, d'autres missions doivent être rationalisées (les aides financières individuelles) ou disparaître (la gestion d'équipements en direct). La gouvernance locale de l'action sociale pourrait être allégée et le dispositif de prévention des conflits d'intérêts davantage encadré.

Toutefois, s'agissant de l'accueil des jeunes enfants, les analyses sur les évolutions de dépenses d'action sociale d'un département à l'autre confirment la persistance de fortes inégalités territoriales et sociales. Une régulation efficiente et territorialisée des capacités d'accueil suppose que la branche se dote de nouveaux instruments pour orienter et réguler les décisions des différents acteurs.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 21. mesurer plus finement par territoire les besoins de garde des familles pour mieux orienter les financements (Cnaf) ;*
 - 22. doter la Caf et la collectivité locale concernée d'un pouvoir d'autorisation pour l'installation de tout établissement d'accueil de jeunes enfants (ministère chargé des affaires sociales) ;*
 - 23. engager un programme d'évaluation des différents dispositifs d'action sociale (Cnaf) ;*
 - 24. réduire l'intervention de la branche famille dans les dispositifs d'accompagnement scolaire (ministère chargé des affaires sociales, Cnaf).*
-

Quatrième partie

Faire progresser la qualité et l'efficienne de la gestion

Chapitre IX

**Le versement à bon droit
des prestations sociales :
des erreurs trop fréquentes,
des progrès indispensables**

PRÉSENTATION

En 2019, les caisses du régime général ont versé près de 403 Md€ de prestations légales à plus de 60 millions de bénéficiaires.

Depuis 2006, la Cour certifie⁴⁴⁹ les comptes des quatre branches du régime général de sécurité sociale qui versent des prestations : maladie, accidents du travail-maladies professionnelles, famille et vieillesse.

À ce titre, elle examine le degré de conformité des prestations comptabilisées aux lois et règlements qui en fixent les règles d'attribution et de calcul et fondent ainsi les droits et obligations des caisses à l'égard des bénéficiaires de leurs prestations.

Dans cet objectif, la Cour évalue les processus de gestion des branches du régime général, les risques d'erreur ayant une portée financière qui leur sont liés, les dispositifs de contrôle interne⁴⁵⁰ visant à empêcher ou détecter et corriger ces erreurs et les erreurs qui, malgré ces dispositifs, deviennent définitives, faute d'avoir été prévenues ou corrigées. Ce faisant, la Cour apprécie un aspect déterminant de la gestion de la sécurité sociale : le paiement à bon droit des prestations.

Les erreurs qui affectent les prestations sont diverses. Elles sont liées aux données déclarées par leurs bénéficiaires, ou bien résultent des opérations effectuées par les caisses de sécurité sociale elles-mêmes. S'agissant des données déclarées, les erreurs sont soit involontaires, soit intentionnelles, auquel cas il s'agit de fraudes. Les fraudes aux prestations ont donné lieu à une récente analyse d'ensemble de la Cour⁴⁵¹.

Le versement des prestations par les caisses du régime général est affecté d'erreurs fréquentes portant sur des montants élevés, en faveur ou au détriment de leurs bénéficiaires (I). Alors que les objectifs de réduction de ces erreurs sont loin d'être atteints, plusieurs chantiers sont à engager ou à mener à terme pour verser à bon droit les prestations sociales (II).

⁴⁴⁹ En application de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières, qui couvre aussi l'activité de recouvrement (réseau des Urssaf). Voir Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale, exercice 2019*, La Documentation française, mai 2020, 146 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

⁴⁵⁰ Contrôles automatisés intégrés aux modalités de déclaration et aux systèmes d'information, supervisions internes aux services ordonnateurs qui gèrent les prestations et contrôles des agences comptables (directions comptables et financières).

⁴⁵¹ Voir Cour des comptes, *La lutte contre les fraudes aux prestations sociales*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, septembre 2020, disponible sur www.ccomptes.fr.

I - Les erreurs affectant les prestations sociales : un phénomène d'ampleur importante et sous-évalué

Le versement des prestations par les caisses du régime général de sécurité sociale est affecté de fréquentes erreurs dans l'application des règles de droit. Ces erreurs, qui portent sur des montants élevés, peuvent s'exercer au détriment des finances publiques ou des bénéficiaires des prestations. Elles sont incomplètement mesurées.

A - Un enjeu pour les finances publiques et la qualité du service rendu aux bénéficiaires des prestations

Dans chaque branche du régime général de sécurité sociale, des indicateurs, dits de « risque financier résiduel », mesurent la fréquence ou la portée financière des erreurs qui affectent les prestations de manière définitive, faute d'avoir été prévenues ou corrigées. Ces erreurs peuvent être liées aux données déclarées par leurs bénéficiaires ou aux opérations effectuées par les caisses elles-mêmes (voir encadré).

Les indicateurs qui mesurent les erreurs définitives

Le code de la sécurité sociale (article D. 114-4-7) prévoit que des indicateurs mesurent « le risque financier résiduel » en aval des contrôles automatisés intégrés aux modalités de déclaration et aux systèmes d'information des caisses, des supervisions internes aux services ordonnateurs qui gèrent les prestations et des contrôles des services comptables qui en assurent le paiement.

Ces indicateurs mesurent la fréquence des erreurs non corrigées ou la portée financière de ces erreurs, en montant ou en pourcentage du montant total des prestations versées. Ils font la somme des erreurs en faveur et au détriment des bénéficiaires des prestations, sans les compenser.

Les indicateurs sont calculés en extrapolant les erreurs constatées à la suite de contrôles portant sur des échantillons représentatifs de dossiers traités par les caisses du régime général de sécurité sociale. Leur valeur statistique centrale, seule mentionnée dans les développements qui suivent, est située dans des fourchettes (intervalles de confiance) établies avec une probabilité de 95 %. Cela signifie que la valeur réelle des indicateurs a 95 % de chance d'être comprise dans les fourchettes en question.

D'après les indicateurs disponibles, les erreurs à caractère définitif affectant les prestations versées représenteraient au moins 5,0 Md€, en sommant sans les compenser les erreurs favorables et défavorables aux bénéficiaires des prestations (voir tableau n° 24).

1 - Des erreurs imputables aux bénéficiaires des prestations ou aux caisses de sécurité sociale elles-mêmes

S'agissant des caisses d'allocations familiales (Caf), les erreurs affectant les données déclarées par les bénéficiaires des prestations versées par la branche famille, pour son compte⁴⁵², celui de l'État⁴⁵³ ou des départements⁴⁵⁴, constituent le montant mesuré le plus élevé.

À la suite de la mise en paiement de prestations, plusieurs types de contrôles (automatisés, sur pièces et sur place) sont mis en œuvre par les Caf sur une partie des prestations. Pour ce qui concerne les prestations versées en 2018, ces contrôles ont laissé 4,9 Md€ d'erreurs non détectées neuf mois après le paiement des prestations ; au bout de 24 mois, au moment où les sommes versées à tort deviennent prescrites en faveur des allocataires, 3,3 Md€ d'erreurs, soit 4,9 % du montant des prestations, n'étaient définitivement pas détectés.

Trois prestations versées par les Caf concentrent les quatre cinquièmes du montant total de ces erreurs : le revenu de solidarité active (RSA), la prime d'activité et les aides au logement, pour lesquels les excès ou les insuffisances de versements ont représenté respectivement l'équivalent de 13,1 %, 16,9 %, 4,7 % des montants versés. La plupart des erreurs portent sur le montant des ressources du foyer, l'existence ou non d'une activité professionnelle de l'allocataire et l'existence ou non (isolement) de ce dernier.

Les erreurs liées aux propres opérations des Caf et non corrigées au bout de six mois ont par ailleurs atteint 1,2 Md€. Ce montant ne peut être ajouté comme tel aux précédents car une part des erreurs commises par les Caf le sont sur des données déclaratives des allocataires elles-mêmes erronées. Cette part n'est toutefois pas évaluée par la Cnaf. Si elle l'était, le montant précité de 5,0 Md€ d'erreurs, toutes branches confondues, serait majoré de plusieurs centaines de millions d'euros.

⁴⁵² Notamment les allocations familiales (12,6 Md€ en 2019) et la prestation d'accueil du jeune enfant (11,2 Md€).

⁴⁵³ Aides au logement (16,3 Md€ en 2019), allocation aux adultes handicapés (AAH, 10,4 Md€) et prime d'activité (9,4 Md€).

⁴⁵⁴ Revenu de solidarité active (RSA, 10,9 Md€ en 2019).

**Tableau n° 24 : erreurs définitives affectant les prestations versées
par les caisses du régime général de sécurité sociale**

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

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

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

*** Cette mesure comprend aussi les erreurs affectant les révisions de droit de retraites déjà attribuées (voir infra pour cette notion).

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

S'agissant des branches maladie et AT-MP, les erreurs estimées portent sur la prise en charge des frais de santé facturés directement par les professionnels libéraux de santé, les transporteurs sanitaires et taxis conventionnés et les fournisseurs de dispositifs médicaux⁴⁵⁵, ainsi que par les établissements privés lucratifs de santé, pour 1 Md€ en 2019, ainsi que les indemnités journalières maladie, maternité et AT-MP nouvellement attribuées, pour 0,4 Md€. En 2019, une indemnité journalière sur dix nouvellement attribuée était erronée. Des limites particulières affectent la complétude et la fiabilité de ces mesures (voir B - *infra*).

Pour ces deux branches, contrairement à la branche famille, les mesures disponibles ne distinguent pas les erreurs selon qu'elles ont une cause externe ou bien interne aux caisses. Pour l'essentiel, les erreurs chiffrées qui affectent les prestations en nature⁴⁵⁶ sont liées à des facturations adressées par les professionnels et les établissements de santé en tiers payant non conformes aux règles de facturation fixées par les référentiels tarifaires⁴⁵⁷ ou présentant des écarts injustifiés par rapport aux prescriptions médicales. Les erreurs relatives aux indemnités journalières portent sur les conditions d'ouverture des droits à ces prestations et la détermination du salaire pris en compte pour les calculer⁴⁵⁸ ; la plupart sont liées à des erreurs des caisses.

Enfin, pour la branche vieillesse, les erreurs affectant les attributions de pensions de retraite effectuées entre 2012 et 2019 représentaient, selon la Cnav, un montant de 0,3 Md€ au titre des sommes versées en 2019. Le montant des erreurs liées aux attributions intervenues entre 2012 et 2015 est sous-estimé : les vérifications sur des échantillons de dossiers étaient effectuées par les caisses qui les avaient traités, ce qui suscitait des biais ; depuis 2016, elles le sont par des cellules expertes. S'agissant des seules

⁴⁵⁵ Par commodité, ces quatre catégories sont désignées dans les développements qui suivent sous le terme de « professionnels de santé ».

⁴⁵⁶ Remboursements d'actes, de séjours, de prestations ou de biens de santé.

⁴⁵⁷ Classification commune des actes médicaux (CCAM) pour les actes techniques, nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) pour les autres actes médicaux ainsi que les actes paramédicaux, nomenclature des actes de biologie médicale (NABM), conventions avec les transporteurs sanitaires et les taxis conventionnés, règles de la tarification à l'activité (T2A) pour les séjours en établissement de santé.

⁴⁵⁸ Voir Cour des comptes, « Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail », in *La Sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

attributions de pensions⁴⁵⁹ intervenues en 2019, une sur sept a comporté une erreur de portée financière, en faveur ou au détriment des assurés, avec de fortes disparités entre les caisses de retraite. Dans cinq caisses⁴⁶⁰, les erreurs affectent environ une pension sur cinq.

Une part prépondérante des erreurs a une origine interne aux caisses de retraite. Environ 60 % des erreurs concernent les éléments de la carrière professionnelle pris en compte pour calculer les droits à la retraite ; une autre cause fréquente d'erreurs est la prise en compte de ressources erronées pour l'attribution des pensions de réversion et du minimum vieillesse (allocation de solidarité aux personnes âgées). Ces erreurs ont le plus souvent un effet durable, jusqu'au décès du bénéficiaire. Ainsi, la Cnav estime que les erreurs affectant les retraites attribuées en 2019 auront une incidence de 1,1 Md€ sur la durée moyenne de versement des prestations concernées.

2 - Des erreurs au détriment des finances publiques comme des bénéficiaires des prestations

S'agissant des prestations versées par les Caf, l'essentiel des erreurs qui découlent de celles affectant les données déclarées par les allocataires et restant non corrigées 24 mois après le versement des prestations (90 % en montant) sont au détriment de la branche et, plus encore, des départements (RSA) et de l'État (prime d'activité et aides au logement). En revanche, une majorité d'erreurs (près de 60 % en montant) liées aux opérations effectuées par les Caf sont au détriment des bénéficiaires des prestations, avec des différences sensibles selon les prestations (les aides au logement connaissent un excès global de versement, le RSA et la prime d'activité une insuffisance globale).

Pour l'essentiel (90 %), les montants d'erreurs affectant les règlements de frais de santé facturés à l'assurance maladie sont au détriment de cette dernière. Ceux liés aux indemnités journalières étaient composés en 2019 pour près de 60 % de montants versés à tort aux bénéficiaires (salariés ou leurs employeurs en cas de subrogation) et, pour 40 %, de versements insuffisants.

⁴⁵⁹ Cette mesure comprend aussi les révisions de droit suscitées par l'apport de nouveaux éléments aux dossiers des retraités, qui conduisent à recalculer rétroactivement le montant des prestations de retraite à partir de la date de leur entrée en jouissance.

⁴⁶⁰ Île-de-France, Nord-Picardie, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées.

À l'inverse, le montant des erreurs liées aux attributions de pensions de retraite était en 2019 aux deux tiers défavorable aux assurés du régime général (62 % en nombre). Lorsqu'elles affectent le montant mensuel des retraites pendant toute la durée de leur versement, les erreurs peuvent fortement affecter la situation des assurés (voir encadré).

Les erreurs affectant les retraites : des montants parfois élevés

En 2019, le montant moyen des erreurs affectant les prestations nouvellement attribuées (ou révisées) était de 554 euros par an et le montant médian de 124 euros ; 9 % des erreurs dépassaient 1 000 euros.

Cependant, les données suivies par la Cnav ne permettent pas d'isoler les erreurs affectant le montant mensuel de la pension pendant toute la durée de la retraite de celles qui n'ont d'effet que durant sa première année d'attribution. Quand les erreurs portent, par exemple, sur la date d'entrée en jouissance de la pension, leur effet est limité à quelques mois. En revanche, lorsqu'elles affectent le montant mensuel de la pension, elles ont des répercussions sur toute la durée de versement de la retraite.

Compte tenu de l'espérance de vie à 60 ans en 2019⁴⁶¹, en prenant pour hypothèse une entrée en jouissance de la pension à 62 ans, une erreur de 10 euros sur le montant mensuel de cette dernière aura un impact cumulatif un peu supérieur à 3 000 euros pour une femme et à 2 500 euros pour un homme ; une erreur de 100 euros un impact cumulatif de près de 31 000 euros pour une femme et de près de 26 000 euros pour un homme.

B - Des chiffrages incomplets et à fiabiliser

Le montant précité de 5 Md€ ne représente qu'une partie des erreurs affectant les prestations versées par les caisses du régime général de sécurité sociale.

En effet, les erreurs qui affectent certaines prestations (ou droits) ne sont pas suivies par des indicateurs, et pour celles qui le sont, les indicateurs n'en fournissent qu'une mesure partielle. En outre, les modalités selon lesquelles les indicateurs sont établis conduisent parfois à minorer le montant des erreurs. Ces faiblesses affectent tout particulièrement les prestations de l'assurance maladie.

⁴⁶¹ Selon l'Insee, 27,8 ans pour les femmes et 23,4 ans pour les hommes.

1 - L'absence totale de mesure pour certaines prestations

La Cnam ne mesure pas les erreurs définitives qui affectent l'attribution et le versement des pensions d'invalidité⁴⁶² (6,4 Md€ en 2019) et des rentes d'accidents du travail - maladies professionnelles⁴⁶³ (4,4 Md€) par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

De même, les erreurs définitives qui affectent l'attribution des prestations d'action sociale collective et individuelle par les Caf (5,6 Md€ en 2019⁴⁶⁴), ainsi que la reconnaissance par ces dernières des droits à l'assurance vieillesse des parents au foyer⁴⁶⁵ (en 2019, 5,0 Md€ de cotisations versées par la Cnaf à la Cnav), ne sont pas non plus suivies.

2 - Des mesures incomplètes, notamment pour les principales prestations d'assurance maladie

Par ailleurs, pour les domaines où il en existe, les indicateurs disponibles couvrent incomplètement les risques liés à l'attribution ou au versement des prestations, tout particulièrement pour l'assurance maladie (voir tableau ci-après).

⁴⁶² Une pension d'invalidité peut être suspendue ou modifiée du fait de l'application de règles de cumul avec les revenus professionnels.

⁴⁶³ L'évolution de l'incapacité permanente de l'assuré peut justifier une révision.

⁴⁶⁴ Voir chapitre VIII du présent rapport.

⁴⁶⁵ L'AVPF vise à assurer, sous certaines conditions (perception de certaines prestations familiales et de ressources inférieures à un certain montant), la continuité des droits à la retraite aux assuré(e)s qui cessent ou réduisent leur activité professionnelle pour s'occuper d'un ou plusieurs enfants en bas âge ou d'une personne handicapée. Des équivalents salaires calculés par référence au Smic sont reportés aux comptes de carrière des assuré(e)s et donnent lieu au versement par la Cnaf de cotisations à la Cnav.

Tableau n° 25 : erreurs non prises en compte dans les indicateurs de risque financier résiduel des branches de prestations en 2019

Branches	Facteur de risque
Maladie et AT-MP	• Pour les facturations directes à l'assurance maladie de frais de santé par les professionnels libéraux et les établissements privés lucratifs : ➢ facturation d'actes, de prestations ou de biens fictifs ou surcotés, sans divergence avec une prescription médicale ou les règles de tarification ➢ activités du service médical (dont vérification du lien entre les dépenses et une affection de longue durée exonérant le ticket modérateur, respect des accords préalables pour les actes et prestations concernés, etc.). • Règlement des séjours facturés par les établissements de santé publics et privés non lucratifs (40,6 Md€) • Allongement injustifié de la durée de versement, inexactitude des salaires déclarés et activité du service médical pour les indemnités journalières maladie, maternité et AT-MP • Cohérence de l'ouverture et du calcul des droits aux indemnités journalières avec l'assiette salariale déclarée au titre des prélèvements sociaux
Vieillesse	• Cohérence des salaires pris en compte pour attribuer les retraites avec l'assiette salariale déclarée au titre des prélèvements sociaux • Révision de service⁴⁶⁶ sans modification du montant de la prestation versée (minimum vieillesse, pensions de réversion)
Famille	• Données prises en compte pour attribuer l'allocation de rentrée scolaire (2,0 Md€)

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

Ainsi, les erreurs définitives qui affectent le règlement des séjours facturés par les établissements de santé publics et privés non lucratifs (40,6 Md€ en 2019) ne sont pas évaluées. De même, le coût d'actes, de prestations et de biens fictifs ou surcotés, dont les facturations ne font pas apparaître de contradiction avec la réglementation ou avec une prescription médicale⁴⁶⁷, n'est pas mesuré.

⁴⁶⁶ Contrairement aux révisions de droit, qui ont un effet rétroactif, les révisions de service modifient lorsqu'il y a lieu le montant des prestations, à la suite de changements de la composition et des ressources du foyer, uniquement à partir du moment où elles interviennent. La Cnav mesure les erreurs qui affectent les seules révisions de service ayant conduit à modifier le montant de la prestation. Or, l'absence de modification de ce dernier est aussi une source d'erreurs.

⁴⁶⁷ Par exemple, la facturation d'actes infirmiers qui respectent le plafond d'actes facturables par patient et par jour, mais qui comportent des actes plus nombreux ou coûteux que ceux réellement effectués.

Pour combler ces lacunes, il conviendrait que la Cnam effectue des contrôles approfondis sur des échantillons de factures et de séjours choisis de manière aléatoire. À défaut, elle pourrait redresser sur un plan statistique les résultats des contrôles mis en œuvre dans le cadre de la lutte contre les fraudes, qui sont ciblés sur certaines caractéristiques des facturations ou de l'activité des professionnels⁴⁶⁸ et des établissements de santé⁴⁶⁹.

L'indicateur relatif aux indemnités journalières nouvellement attribuées n'intègre pas le risque d'inexactitude des salaires déclarés pour le calcul des montants versés. En outre, la gestion des arrêts de travail et des indemnités journalières n'est pas suffisamment performante au sein du service médical⁴⁷⁰, et articulée entre les services administratif et médical et avec celle d'autres prestations (pensions d'invalidité, retraites, allocations chômage). Ces faiblesses occasionnent un allongement anormal de la durée de versement d'une partie des indemnités. Les dépenses correspondantes sont mesurées de manière incomplète et ponctuelle par la Cnam (0,5 Md€ en 2018 sur un champ partiel)⁴⁷¹.

Enfin, les Urssaf et les caisses de sécurité sociale ne rapprochent pas, sauf exception, les salaires déclarés par les employeurs pour le calcul des droits à prestations de leurs salariés et l'assiette salariale des prélèvements sociaux déclarée aux Urssaf par ces mêmes employeurs. Il en résulte que les droits aux retraites de base, aux indemnités journalières, aux allocations chômage, ainsi qu'aux pensions d'invalidité et aux rentes AT-MP sont ouverts indépendamment des cotisations effectivement déclarées. Il en résulte de moindres cotisations par rapport à celles effectivement dues par les employeurs de salariés concernés⁴⁷².

⁴⁶⁸ Par exemple, les professionnels de santé dits « méga-actifs », dont le niveau d'activité facturée à l'assurance maladie dépasse très nettement la moyenne.

⁴⁶⁹ Par exemple, certains types de séjours facturés par les établissements de santé.

⁴⁷⁰ Ainsi, début 2019, 23 jours s'écoulaient en moyenne entre la convocation de l'assuré et la présentation de ce dernier devant le médecin conseil et 18 jours entre la remise en cause de l'arrêt de travail et la reprise du travail interrompant l'indemnisation.

⁴⁷¹ Cour des comptes, « Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail », in *La Sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁴⁷² Voir le chapitre XI du présent rapport, « Le réseau des Urssaf : un élargissement continu des missions, de nombreux chantiers inaboutis ».

3 - Des mesures à fiabiliser, en particulier par l'assurance maladie

La Cnam établit les indicateurs relatifs aux règlements de frais de santé et aux indemnités journalières à partir d'échantillons de taille réduite (1 300 règlements et 900 indemnités en 2019⁴⁷³), dans lesquels les différentes catégories de professionnels et d'établissements de santé ou de types de prestations sont imparfaitement représentées. Le degré de précision⁴⁷⁴ et la fiabilité de ces indicateurs s'en ressentent.

En outre, le dispositif de contrôle sur des échantillons de factures ou de dossiers mis en œuvre par la Cnam, organisé de manière insuffisamment rigoureuse, ne détecte pas la totalité des erreurs, ce qui minore l'estimation de leur portée financière.

Dans la branche famille, la fiabilité de la mesure des erreurs qui affectent les prestations du fait de données erronées est affectée, à un moindre degré, par la mise en œuvre hétérogène par les Caf et les agents de contrôle des consignes de contrôle fixées par la Cnaf.

II - Des progrès à concrétiser

Alors que les conventions d'objectifs et de gestion (Cog) entre l'État et les branches du régime général de sécurité sociale fixent des objectifs de réduction, les erreurs augmentent : les risques d'erreurs inhérents aux processus de gestion des prestations sont élevés et les dispositifs de contrôle interne en vigueur les couvrent insuffisamment (voir tableau ci-après).

⁴⁷³ À comparer à 6 700 dossiers d'allocataires ayant perçu des prestations au cours de la période concernée pour la mesure des erreurs affectant les prestations versées par les Caf du fait de données déclaratives erronées et à 9 400 retraites nouvellement attribuées ou ayant fait l'objet d'une révision de droit.

⁴⁷⁴ L'estimation de la valeur de l'indicateur reposant sur l'échantillonnage, plus la taille de l'échantillon est réduite, plus l'intervalle de confiance dans lequel est placée la vraie valeur avec une probabilité de 95 % est large. Ainsi, pour 2019, l'incidence des erreurs liées au règlement des frais de santé en facturation directe, estimée pour 2019 à 1,0 Md€ en valeur centrale, était comprise entre 0,8 et 1,2 Md€ avec une probabilité de 95 %.

Tableau n° 26 : principaux risques d'erreur insuffisamment couverts par les dispositifs de contrôle interne en 2019

Branches	Risque d'erreur
Maladie et AT-MP	• Non-respect des conditions d'attribution de la protection maladie universelle (constat n° 6) • Exonération à tort du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (constat n° 7) • Règlement à tort de frais de santé en facturation directe, dont les facturations des professionnels dits « prescrits » et les facturations des actes et prestations soumis à accord préalable (constats n° 8 à 10) • Incohérences entre les facturations des établissements de santé et les dossiers médicaux des patients (constat n° 13) • Erreurs affectant les données prises en compte pour l'attribution et le versement des indemnités journalières et des pensions d'invalidité (constats n° 15 à 18)
AT-MP	• Erreurs affectant les données prises en compte pour l'attribution et le versement des indemnités journalières et des rentes pour incapacité permanente (constats n° 1 à 4)
Famille	• Identification incorrecte des bénéficiaires des prestations et des tiers, comme les bailleurs et les débiteurs de pensions alimentaires (constat n° 6) • Erreurs affectant les données prises en compte pour l'attribution des prestations (constats n° 7 et 8) • Erreurs affectant la liquidation par les Caf de la prime d'activité, du RSA, de la Paje et de l'AAH (constats n° 9 à 13)
Vieillesse	• Erreurs affectant la gestion des comptes des titulaires de prestations et des opérations de paiement (constat n° 4) • Erreurs affectant l'attribution et la révision des retraites (constats n° 6 à 9 et n° 12 et 13) • Erreurs affectant les données de carrière transmises par les employeurs et les organismes partenaires (constat n° 14)

Note : les constats numérotés sont ceux associés aux réserves par branche du rapport de certification des comptes 2019 du régime général.

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

Afin de réduire effectivement les erreurs, les processus de gestion des prestations doivent être fiabilisés en amont et les actions de contrôle être renforcées en aval.

A - Des objectifs de versement à bon droit loin d'être atteints

Pour la première fois, toutes les Cog des branches du régime général de sécurité sociale avec l'État pour la période 2018-2022 ont fixé des objectifs de réduction des erreurs qui affectent les prestations. Dans les Cog précédentes, les branches maladie et AT-MP n'étaient pas dotées d'objectifs de cette nature.

La réduction des erreurs affectant les prestations dans les Cog 2018-2022

Selon la Cog 2018-2022 de la branche vieillesse du régime général, les erreurs affectant à titre définitif les pensions nouvellement attribuées (ou révisées de droit) doivent diminuer, passant entre 2018 et 2022 de 11 % à 8 % du nombre de pensions et d'un peu moins de 1 % à 0,65 % de leur montant.

La Cog 2018-2022 de l'assurance maladie prévoit quant à elle une réduction de 5,5 % à 4,3 % du nombre de prises en charge de frais de santé comportant une erreur de portée financière, et de 1,3 % à 1,0 % du montant des erreurs rapporté à celui des prestations versées. Par ailleurs, la fréquence et le montant des erreurs affectant les indemnités journalières nouvellement attribuées doivent baisser respectivement de 9,0 % à 7,7 % et de 2,8 % à 2,5 %, par rapport au nombre et au montant des prestations.

Pour sa part, la Cog 2018-2022 de la branche famille a fixé des objectifs uniquement pour les montants d'erreurs. Entre 2018 et 2022, le montant des erreurs imputables aux données prises en compte pour attribuer les prestations et non corrigées 24 mois après leur versement doit reculer de 4,2 % à 3,0 % du montant des prestations versées. Le montant des erreurs commises par les Caf doit quant à lui se réduire de près de 1,4 % à un peu moins de 1,2 % de celui des prestations.

Mais, loin de se réduire, les erreurs qui affectent les prestations n'ont cessé d'augmenter au cours des années récentes, ce qui compromet la réalisation des objectifs fixés pour 2022.

Ainsi, entre 2016 et 2019, la proportion de pensions de retraite nouvellement attribuées ou révisées et affectées d'une erreur de portée financière a augmenté d'un tiers, de 11,5 % à 15,3 %, et la portée financière des erreurs a doublé, de 0,9 % à 1,8 % du montant des prestations. Compte tenu de l'origine principalement interne des erreurs, cette évolution traduit une dégradation de la qualité de la production des caisses de retraite.

S'agissant des erreurs affectant les données déclarées par les bénéficiaires des prestations versées par les Caf non corrigées 24 mois après leur versement, leur montant représentait en 2018 4,9 % de celui des prestations versées, soit 3,4 Md€, contre 2,9 % et 2,0 Md€ en 2014.

De manière certaine, cette dégradation résulte d'un effet de structure, lié à l'augmentation de la part des prestations les plus affectées par des erreurs dans l'ensemble des prestations versées (RSA, prime d'activité⁴⁷⁵ et aides au logement) et d'une meilleure détection des erreurs dans le cadre des enquêtes annuelles « paiement à bon droit et fraude » de la Cnaf (voir *supra*). Il est néanmoins possible que les erreurs définitives augmentent indépendamment de ces deux facteurs explicatifs.

Quant aux erreurs liées aux propres opérations des Caf et non corrigées au bout de six mois, leur montant atteignait en 2019 1,65 % de celui des prestations, soit 1,2 Md€, contre 1,4 % et 1,0 Md€ en 2016.

S'agissant des prestations versées par les caisses primaires d'assurance maladie, l'évolution du montant des erreurs ne peut être appréciée en raison de la fiabilité insuffisante des mesures.

L'absence de réduction des erreurs ne doit pas surprendre. En dehors des prestations versées par les Caf et des indemnités journalières versées par les CPAM (voir B - 2 - et 3 - *infra*), les objectifs de réduction des erreurs fixés par les Cog 2018-2022 ne s'accompagnaient pas de chantiers structurants, notamment informatiques, à même d'en favoriser la réalisation. S'agissant de la branche vieillesse, les apports attendus du nouveau répertoire de gestion des carrières unique (RGCU), commun à l'ensemble des régimes de retraite, et du nouvel outil de régularisation des carrières sur la fiabilité des données de carrière, respectivement déployés en 2020 et en 2021, restent à confirmer.

La complexité des règles des prestations favorise les erreurs. Ainsi, les référentiels de facturation des actes médicaux, paramédicaux et de biologie⁴⁷⁶ comportent des milliers de références distinctes. Le fait que les allocataires de la prime d'activité aient à déclarer des salaires dont la définition ne correspond pas aux références usuelles (salaire net ou salaire imposable), du fait de certaines déductions et réintégrations, contribue à expliquer que 60 % des déclarations trimestrielles de ressources qu'ils effectuent soient erronées ; une partie de ces erreurs deviennent définitives.

⁴⁷⁵ Du fait de la revalorisation de ce minimum social fin 2018, les montants versés au titre de la prime d'activité ont augmenté de 6 % en 2019 par rapport à 2018 ; le nombre d'allocataires a augmenté de 1,4 million.

⁴⁷⁶ Classification commune des actes médicaux (CCAM) pour les actes techniques, nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) pour les autres actes médicaux ainsi que les actes paramédicaux, nomenclature des actes de biologie médicale (NABM).

B - Mettre à niveau les processus de gestion

Aller plus loin dans la dématérialisation et l'automatisation des processus de gestion des prestations est indispensable afin de réduire le nombre et le coût des erreurs pour leurs bénéficiaires et les finances publiques.

1 - Recueillir les données par la voie dématérialisée

La dématérialisation des déclarations des bénéficiaires, outre qu'elle peut contribuer à réduire les délais d'attribution des prestations, est de nature à limiter les erreurs, en fiabilisant à la source les données transmises et en réduisant les saisies manuelles par les agents des caisses.

À cet égard, 50 % des déclarations et des pièces justificatives nécessaires à l'attribution ou à la poursuite du versement des prestations de la branche famille ont été télétransmises par les allocataires aux Caf en 2019, ce qui marque un net progrès par rapport à 2018 (40 %). La transmission aux Caf des décisions des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) relatives à l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) n'est en revanche pas encore dématérialisée.

S'agissant des branches maladie et AT-MP, les facturations de frais de santé sont pour l'essentiel télétransmises : au cours du dernier trimestre 2018 et des trois premiers trimestres 2019, les feuilles de soins papier ne représentaient plus que 4,1 % des 1,2 milliard de facturations de frais de santé adressées directement à l'assurance maladie.

En revanche, les ordonnances de prescriptions médicales dématérialisées restent l'exception. En l'absence de prescription dématérialisée, les facturations peuvent s'écarter de manière injustifiée des prescriptions : les ordonnances papier peuvent être réutilisées plusieurs fois, notamment auprès de pharmacies, ou de fournisseurs, donner lieu à l'ajout de fausses prescriptions ou fournir le prétexte à des facturations d'actes, de prestations ou de biens fictifs ou surfacturés. Le déploiement, le cas échéant obligatoire, de la prescription dématérialisée conditionne ainsi pour une grande part la réduction des erreurs de facturation, notamment frauduleuses, au détriment de l'assurance maladie.

Or, à ce jour, l'assurance maladie propose un dispositif de prescription dématérialisée uniquement pour les transports de patients en ambulance ou en véhicule sanitaire léger, qui reste peu utilisé⁴⁷⁷. Elle achève par ailleurs d'expérimenter la dématérialisation des prescriptions des médicaments et d'une partie des dispositifs médicaux. D'ici 2022, elle entend néanmoins proposer des solutions de dématérialisation couvrant la totalité des actes (notamment de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie et de biologie), des prestations et des biens prescrits. Ce calendrier apparaît ambitieux au vu des réalisations actuelles. En tout état de cause, il ne préjuge pas du développement de l'usage par les médecins libéraux et les établissements de santé des nouveaux services qui leur seront proposés.

2 - Utiliser les données transmises par les employeurs ou d'autres administrations

Dans la plupart des cas, les Caf attribuent les prestations à partir des données déclarées par les allocataires, puis effectuent des contrôles *a posteriori*, plus ou moins approfondis, d'une partie d'entre elles. Ces contrôles⁴⁷⁸ ne sont toutefois pas suffisamment nombreux au regard de l'ampleur des risques d'erreurs, volontaires ou non, comme le montre l'augmentation continue du montant des erreurs définitives liées à des données déclaratives non corrigées à 24 mois (voir *supra*).

La branche famille a par conséquent engagé une transformation du processus d'attribution des prestations afin de le faire reposer le plus possible sur les ressources déclarées par des tiers de confiance (employeurs de salariés, autres organismes sociaux⁴⁷⁹ et DGFIP) et rassemblées dans le dispositif ressources mutualisé (DRM), mis en place pour assurer le calcul contemporain des aides au logement, en fonction des revenus du trimestre précédent (et non plus des revenus de l'année n-2)⁴⁸⁰.

⁴⁷⁷ Le service de prescription électronique 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 (Cnam, *Rapport sur l'évaluation des charges et produits de l'assurance maladie pour 2020*, juillet 2019).

⁴⁷⁸ Echanges de données avec la DGFIP (prise en compte des revenus déclarés) et Pôle emploi (vérification des déclarations de situations de chômage) ; contrôles sur pièces déclenchés par la détection automatisée d'incohérences entre les ressources et l'absence d'activité déclarées par les allocataires et celles connues par les Caf, à partir notamment des données de la DGFIP et de Pôle emploi ; contrôles sur pièces et sur place sélectionnés par une représentation statistique du risque d'erreur (*datamining*) ou par des signalements internes aux services ou provenant de partenaires administratifs.

⁴⁷⁹ Cette réforme, dont la loi de finances pour 2019 avait prévu l'entrée en vigueur au 1^{er} avril 2019, doit prendre effet, après plusieurs reports, au 1^{er} janvier 2021.

⁴⁸⁰ Cette réforme, dont la loi de finances pour 2018 avait prévu l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2019, doit prendre effet, après plusieurs reports, au 1^{er} janvier 2021.

Elle prévoit ainsi de prendre en compte les données du dispositif ressources mutualisé (DRM) pour la prime d'activité, puis pour le RSA, prestations pour lesquelles les erreurs déclaratives, volontaires ou non, sont les plus fréquentes (voir *supra*). À terme, les données du DRM ont vocation à être utilisées pour l'ensemble des prestations versées par les Caf, qui sont toutes⁴⁸¹ soumises à des conditions de ressources ou modulées en fonction des ressources. Étant présumées fiables, les données qui seront récupérées *via* le DRM seront directement injectées dans le système d'informations de la branche famille afin de servir de base au calcul des prestations. Les allocataires pourront néanmoins modifier les données selon eux erronées. Le calendrier de l'utilisation des données du DRM pour les autres prestations versées par les Caf que les aides au logement n'est cependant pas arrêté à ce jour.

L'assurance maladie prévoit aussi d'utiliser les données du DRM afin de fiabiliser en 2021 l'attribution de la complémentaire santé solidaire⁴⁸², soumise à des conditions de ressources appréciées au titre des 12 mois précédant la demande et en 2022 l'application, pendant la durée de versement de ces prestations, des règles de cumul des pensions d'invalidité avec des revenus professionnels et du plafond de ressources du minimum social de l'invalidité, comme la Cour l'a recommandé⁴⁸³. Les données du DRM auraient aussi vocation à être utilisées afin de fiabiliser le calcul des rentes AT-MP à partir des salaires des 12 mois précédant l'arrêt de travail⁴⁸⁴.

Enfin, l'utilisation des données du DRM permettra aux Caf de détecter des reprises d'activité non déclarées par des allocataires se déclarant sans emploi⁴⁸⁵. Il conviendrait de même que les caisses d'assurance maladie confrontent les dates prévisionnelles de fin d'arrêt de travail avec les données de salaires rassemblées dans le DRM afin de détecter des reprises anticipées du travail non signalées par les employeurs et qui justifieraient l'interruption du versement des indemnités journalières.

⁴⁸¹ Avec une exception : l'allocation de soutien familial aux personnes isolées.

⁴⁸² Qui a remplacé en novembre 2019 la couverture maladie universelle complémentaire.

⁴⁸³ Cour des comptes, « Les pensions d'invalidité : une modernisation indispensable au service d'un accompagnement renforcé des assurés », in *La Sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁴⁸⁴ L'enjeu est moindre pour l'attribution des pensions d'invalidité : pour déterminer les salaires des 10 meilleures années civiles entrant dans leur calcul, les CPAM se fondent sur les salaires reportés aux comptes de carrière qui ouvrent des droits à la retraite.

⁴⁸⁵ En cas de chômage, les revenus d'activité sont abattus ou neutralisés pour la détermination des ressources à prendre en compte pour la plupart des prestations.

3 - Automatiser les processus de gestion

Plusieurs processus de gestion restent peu automatisés, alors qu'une automatisation accrue permettrait de limiter les risques d'erreur liés aux saisies manuelles de données.

Ainsi, en 2019, seules 24 % des pièces transmises par les allocataires aux Caf, par correspondance papier ou télédéclaration, ont été liquidées de manière automatisée par le système d'information des Caf.

Le défaut d'automatisation contribue d'autant plus aux erreurs internes aux caisses que leurs systèmes d'information n'apportent qu'une assistance limitée aux agents dans le traitement des pièces justificatives transmises par les bénéficiaires des prestations⁴⁸⁶. Prévue par les Cog des branches famille et vieillesse, la mise en place de processus de travail (*workflows*) dématérialisés pour le traitement des dossiers, comme c'est le cas dans les Urssaf, n'est pas engagée à ce jour.

Dans l'assurance maladie, une grande partie des erreurs affectant les indemnités journalières concerne des salariés ayant plusieurs employeurs, contractuels à durée déterminée ou alternant des périodes travaillées et de chômage. À cet égard, la mise en place en cours d'un chaînage automatisé des données de salaires des assurés ayant plusieurs employeurs simultanés ou successifs au cours de la période à prendre en compte pour l'ouverture des droits et le calcul des indemnités doit permettre de réduire les opérations manuelles et les erreurs.

D'autres processus restent insuffisamment automatisés. Ainsi, les agents des CPAM continuent à déterminer, sur tableur, le salaire de référence à prendre en compte pour calculer les rentes AT-MP. Il en va aussi du montant des ressources d'une partie des demandeurs de la complémentaire santé solidaire, l'application nationale déployée près de 20 années après un premier outil sommaire, en principe temporaire, manquant de fiabilité.

C - Renforcer les contrôles

Réduire les erreurs affectant les prestations nécessite aussi de développer les contrôles automatisés de cohérence des données, de mieux structurer les supervisions et contrôles internes aux caisses et d'accroître les contrôles sur pièces et sur place visant les erreurs non décelables par un procédé automatisé.

⁴⁸⁶ Fenêtres sur écran rappelant des points réglementaires, arbres de décision préconisant une conduite à tenir en fonction de la situation de l'assuré et des justificatifs produits.

1 - Systématiser les contrôles automatisés sur la cohérence des données prises en compte pour l'attribution des prestations

Parmi les différents dispositifs de contrôle interne, les contrôles automatisés de la cohérence des données déclarées entre elles et avec les règles applicables aux prestations⁴⁸⁷ doivent être fortement développés. À la différence des contrôles *a posteriori* portant sur des nombres réduits de dossiers ou d'opérations, ils permettent en effet de bloquer *a priori* des erreurs, le cas échéant intentionnelles, sur un champ très large.

Dans l'ensemble des branches de prestations, ces contrôles restent à ce jour trop limités. Dans l'assurance maladie, l'instauration en 2016 de la garantie de paiement sous sept jours en faveur des professionnels de santé qui pratiquent le tiers payant s'est accompagnée du démantèlement d'une grande partie des contrôles automatisés, alors qu'ils étaient déjà insuffisants au regard des risques. Renforcer ces contrôles est indispensable pour réduire les erreurs de facturation, notamment frauduleuses, au détriment de l'assurance maladie.

Pour leur part, les données transmises par les employeurs et les autres organismes sociaux pour l'attribution des retraites donnent lieu uniquement à des contrôles de cohérence ponctuels de la Cnav préalablement à leur report aux comptes de carrière des assurés.

Quant à la branche famille, les déclarations et pièces justificatives fournies par les bénéficiaires des prestations sont soumises à des contrôles automatisés de cohérence avec les revenus fiscaux et les situations d'inactivité connues de Pôle emploi. En revanche, les Caf peuvent uniquement consulter d'autres données de la DGFIP⁴⁸⁸ ou d'autres organismes sociaux⁴⁸⁹. Il n'est pas mis en œuvre de croisements automatisés de données.

Dans l'ensemble des caisses du régime général, les coordonnées bancaires communiquées par les bénéficiaires des prestations donnent lieu à des vérifications d'étendue variable avec celles du fichier des comptes bancaires ouverts en France tenu par la DGFIP (Ficoba). Un chantier visant à mettre en œuvre un rapprochement automatisé systématique du flux (nouvelles attributions de prestations et changements de coordonnées) et

⁴⁸⁷ Ces règles consistent notamment en des interdictions de cumul ou en des plafonds de facturation de certains actes médicaux ou paramédicaux.

⁴⁸⁸ Comme la base nationale des données patrimoniales, utile pour vérifier l'existence, l'affectation et la propriété des biens immobiliers support des aides au logement.

⁴⁸⁹ Ainsi les montants d'indemnités journalières, de pensions d'invalidité et des rentes AT-MP.

du stock des coordonnées avec les données du Ficoba a été engagé il y a déjà cinq ans, mais n'a toujours pas abouti. Il doit être mené rapidement à terme afin d'interrompre les détournements de prestations vers des comptes bancaires n'appartenant pas aux bénéficiaires des prestations.

2 - Renforcer les supervisions et les contrôles internes aux services

Dans l'attente ou à défaut d'automatisation possible, il convient de renforcer plus particulièrement les dispositifs de contrôle interne visant à sécuriser les opérations effectuées par les agents.

Les dispositifs de supervision⁴⁹⁰ consacrés aux opérations donnant lieu à des saisies sont en effet souvent insuffisants. Ainsi, il n'existait pas en 2019 de supervision interne aux services ordonnateurs des Caf pour la liquidation de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) ; celle relative à la prime d'activité était facultative. Dans l'assurance maladie, la supervision du contrôle des arrêts de travail par le service médical et des avis médicaux rendus à ce titre n'était qu'en partie mise en œuvre.

Dans la branche vieillesse, la réduction continue depuis plusieurs années du nombre de contrôles effectués par les agences comptables préalablement à la mise en paiement des pensions ne s'est pas accompagnée de la mise en œuvre de supervisions efficaces internes aux services ordonnateurs. Cela contribue à expliquer l'augmentation continue depuis 2016 des erreurs définitives qui affectent les prestations de retraite. L'efficacité des contrôles effectués par les agences comptables doit elle-même être renforcée : selon la Cnav, elles n'ont détecté en moyenne que 55 % des erreurs de portée financière en 2019, avec de fortes disparités selon les différentes caisses de retraite.

De surcroît, les caisses de sécurité sociale ne mettent pas toujours en œuvre les actions de contrôle de manière homogène, ni ne procèdent aux corrections nécessaires après la détection d'une erreur.

Enfin, le pilotage et le suivi des dispositifs de contrôle interne mis en œuvre dans les caisses locales par les établissements publics nationaux têtes de réseaux demeurent perfectibles. Les données remontées à la Cnam au titre des contrôles réalisés par les CPAM et les échelons locaux du service médical de l'assurance maladie sont incomplètes et manquent de

⁴⁹⁰ Dans les caisses de sécurité sociale, le terme de supervision désigne les contrôles de premier niveau effectués par l'encadrement de proximité des agents des services ordonnateurs ; celui de contrôle désigne les vérifications effectuées par les agences comptables sur les opérations auxquelles procèdent les services ordonnateurs.

fiabilité. De même, les actions engagées par les Caf pour s'assurer de l'application des consignes nationales concernant certains processus de gestion sont insuffisamment suivies par la Cnaf.

3 - Renforcer les contrôles sur place et sur pièces visant les erreurs difficilement détectables

Même en étendant les contrôles automatisés de la cohérence des données détenues par les branches du régime général, en elles-mêmes et au regard de celles d'autres administrations, certains risques d'erreurs et, plus particulièrement, de fraudes, resteront difficiles à prévenir et à déceler.

Il en va ainsi de la facturation d'actes, de prestations et de biens de santé en réalité fictifs, plus nombreux ou plus coûteux que ceux effectivement réalisés ou délivrés, de l'incomplétude ou de l'inexactitude des déclarations de ressources (travail non déclaré, aides de proches) ou de situation (personne en ménage et non seule) ou, enfin, de l'absence de stabilité de la résidence en France⁴⁹¹ pour la prise en charge des frais de santé et le versement des prestations familiales et des minima sociaux.

De fait, les actions de contrôle qui visent plus particulièrement ces risques sont peu nombreuses au regard de l'ampleur de ces derniers. Ainsi, les Caf effectuent chaque année un peu moins de 270 000 contrôles sur place, qui n'ont couvert en 2019 que moins de 2 % des foyers d'allocataires et, spécifiquement, 5 % de ceux percevant le RSA. Cette même année, les caisses de retraite ont contrôlé *a posteriori* 7 615 dossiers de retraite, soit moins de 0,5 % du total. De manière habituelle, le service médical de l'assurance maladie contrôle chaque année au mieux 0,7 % des séjours facturés par les établissements publics et privés de santé. En 2019, la stabilité de la résidence en France n'a été vérifiée par les CPAM, pour l'essentiel sur pièces, que pour moins de 170 000 bénéficiaires, alors que 1,14 million d'assurés étaient sans revenus déclarés à la DGFIP au titre de 2017 ou étaient inconnus de cette direction. Cette faiblesse des contrôles concourt à expliquer l'existence d'un surnombre d'au moins trois millions de titulaires de droits ouverts à une prise en charge de leurs frais de santé par l'assurance maladie, exercés ou non, par rapport à ceux qui remplissent les conditions d'activité ou de résidence pour en bénéficier⁴⁹².

⁴⁹¹ La règle générale est une présence d'au moins 180 jours sur une année civile.

⁴⁹² Voir Cour des comptes, *La lutte contre les fraudes aux prestations sociales*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, septembre 2020, disponible sur www.ccomptes.fr.

Au regard des éléments d'information disponibles, seulement 4 % au plus des infirmiers libéraux – profession pour laquelle les montants de préjudices détectés au titre de fraudes sont les plus élevés – font l'objet chaque année de contrôles, au demeurant de portée variable.

La productivité des agents de contrôle peut certes encore être améliorée dans une partie des caisses. Ainsi, la Cnav ne fixe pas d'objectifs de productivité, la Cnam laisse les caisses locales les fixer à leur niveau, tandis que la Cnaf ne parvient pas à réaliser l'objectif de 300 rapports de contrôle par an (330 en 2013) établis par les agents agréés et assermentés qui effectuent des contrôles sur place : le nombre moyen de rapports, qui recouvre de fortes disparités entre Caf et contrôleurs, ne cesse de baisser (280 au dernier trimestre 2019 contre 309 en 2014).

Néanmoins, au vu des résultats déjà obtenus, les marges de progrès possibles à moyens constants affectés à la réalisation de contrôles ne doivent pas être surestimées. Ainsi, dans la branche famille, sous l'effet d'améliorations du ciblage des contrôles, 26 % des dossiers contrôlés sur pièces à la suite d'une sélection par le *datamining* ont donné lieu à la détection d'indus en 2019 (et 22 % à la détection de rappels), contre 6 % (et 5 %) en 2012 ; s'agissant des contrôles sur place, des indus ont été constatés en 2019 pour 57 % des dossiers sélectionnés par le *datamining* (et des rappels pour 48 % d'entre eux⁴⁹³), contre 31 % (et 21 %) en 2012.

En définitive, le renforcement des contrôles sur place ou des contrôles sur pièces poussés impliqueraient d'y consacrer plus d'effectifs. Hors fonctions support (informatique, contentieux, comptabilité), les effectifs affectés aux actions de contrôle susceptibles de déboucher sur la qualification de fraudes s'élevaient en 2019 à 2 055 emplois en équivalent temps plein (ETP) pour la branche famille, à 1 600 ETP environ pour les branches maladie et AT-MP (dont 1 050 dans les CPAM et 550 pour le service médical) et à peine plus de 80 ETP pour la branche vieillesse. Ces effectifs devraient être renforcés et mieux répartis entre les caisses, notamment celles d'assurance maladie, en fonction de l'importance variable des risques de fraude.

⁴⁹³ Le pourcentage total de correction dépasse 100 % car la situation d'un allocataire peut appeler à la fois la constatation d'un indu et d'un rappel pour des motifs distincts.

CONCLUSION

Le versement des prestations sociales par les caisses du régime général de sécurité sociale est entaché d'erreurs fréquentes dans l'application des règles de droit, qui affectent à la fois les finances publiques et la qualité du service rendu aux bénéficiaires de ces prestations.

Cette situation est d'autant plus préjudiciable que la fréquence et la portée financière de ces erreurs se sont accrues dans la période récente, alors que les conventions d'objectifs et de gestion des branches du régime général de sécurité sociale avec l'État pour la période 2018-2022 fixent pourtant des objectifs de réduction, de fait compromis.

S'agissant des branches maladie et AT-MP, l'estimation des erreurs qui affectent les prestations porte sur un champ incomplet et manque de fiabilité. Par rapport à la branche famille, cela a pour effet d'amoinvrir leur visibilité et, ce faisant, l'enjeu de leur réduction.

Pour réduire les erreurs, les failles systémiques affectant l'exactitude des données prises en compte pour attribuer et verser les prestations doivent être résorbées, par la dématérialisation des déclarations, un recours chaque fois que cela est possible à des tiers de confiance, le développement des contrôles automatisés de cohérence des données et l'achèvement de l'informatisation des processus de gestion qui le sont encore incomplètement. En outre, les agents des caisses doivent pouvoir mobiliser plus facilement les données des systèmes d'information pour analyser la situation des bénéficiaires et les pièces justificatives reçues. Enfin, les investigations visant les erreurs déclaratives doivent être renforcées, notamment pour mieux déceler celles qui correspondent à des fraudes.

La réalisation de ces objectifs nécessite d'engager ou de mener à leur terme des chantiers informatiques qui justifieraient une augmentation des budgets qui leur sont consacrés au vu des retards qui les affectent fréquemment comme du rendement financier rapide de ces investissements. Elle appelle aussi un accroissement des effectifs affectés à la réalisation des contrôles sur place et des contrôles sur pièces les plus poussés.

La prévention et la réduction des erreurs préjudiciables aux finances publiques et aux bénéficiaires des prestations, quelles qu'en soient l'origine (interne ou externe aux caisses) et la qualification (fraude ou simple erreur), doivent désormais s'imposer, pour les pouvoirs publics et les responsables des branches du régime général, comme une priorité du service public de la sécurité sociale, au même titre que la maîtrise des délais de versement des prestations, que la simplification des démarches pour les bénéficiaires des prestations ou que la réduction des dépenses de gestion administrative.

Chapitre X

L'organisation territoriale des réseaux de caisses de sécurité sociale du régime général : des évolutions nécessaires

PRÉSENTATION

Les missions des quatre branches de prestations du régime général de sécurité sociale – maladie, accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP), famille et vieillesse – sont mises en œuvre par 223 caisses locales, pilotées par trois établissements publics de l'État : la caisse nationale des allocations familiales (Cnaf), la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav).

Historiquement, les caisses locales sont compétentes sur un territoire donné pour accorder aux assurés (ou allocataires) qui y résident l'ensemble des droits et prestations auxquels ils peuvent prétendre. Personnes morales de droit privé, elles sont gouvernées par des conseils où sont représentés les employeurs, les travailleurs indépendants et les salariés et sont les employeurs de leurs agents, auxquels elles appliquent les conventions collectives nationales communes aux organismes du régime général.

À la suite de précédentes analyses sur la relation de service des caisses aux assurés⁴⁹⁴, la Cour⁴⁹⁵ a souhaité examiner le schéma d'organisation des trois réseaux de caisses des branches de prestations du régime général, décrit par le schéma ci-après. Certaines caisses (Carsat, CGSS) relèvent de plusieurs organismes nationaux du régime général. Le service médical de l'assurance maladie n'est pas rattaché aux CPAM, mais est un service déconcentré de la Cnam.

Entre 2009 et 2011, les Caf et la plupart⁴⁹⁶ des CPAM qui avaient un ressort infra-départemental ont été fusionnées en des caisses départementales, ce qui en a réduit le nombre d'un cinquième. Ces fusions n'ont pas concerné

⁴⁹⁴ Voir Cour des comptes, « La relation de service des caisses de sécurité sociale avec les assurés à l'ère numérique : des transformations à amplifier », in *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2019, p. 377-414, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁴⁹⁵ En application de l'article R. 134-4 du code des juridictions financières, la mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale de la direction de la sécurité sociale a concouru à cette enquête, notamment pour les déplacements dans six Caf (Bouches-du-Rhône, Gironde, Hautes-Alpes, Orne, Val d'Oise et Var), sept CPAM (Bouches-du-Rhône, Gironde, Hautes-Alpes, Loire-Atlantique, Loir-et-Cher, Moselle, Val d'Oise), trois Carsat (Aquitaine, d'Auvergne et Sud-Est), la caisse commune de sécurité sociale de Lozère, ainsi que trois directions régionales (Île-de-France, Paca-Corse et Pays de la Loire) et cinq échelons locaux (Bouches-du-Rhône, Gironde, Hautes-Alpes, Lozère et Val d'Oise) du service médical de l'assurance maladie.

⁴⁹⁶ Dix CPAM ont conservé un ressort infra-départemental : quatre dans le département du Nord et deux dans le Pas-de-Calais, les Pyrénées-Atlantiques et la Seine-Maritime.

les Carsat, qui ont des ressorts plus larges. En 2015⁴⁹⁷, la Cour constatait cependant que la restructuration des implantations des caisses locales restait limitée et que les écarts de taille et de performance entre caisses d'un même réseau demeuraient considérables. Si les mutualisations d'activités, par partages et échanges d'activités, entre caisses se développaient, un nouveau modèle d'organisation peinait à émerger.

Schéma n° 1 : les réseaux de caisses des branches de prestations

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

Source : Cour des comptes

N.B. Par exception la caisse commune de sécurité sociale de la Lozère gère l'assurance maladie, les prestations familiales et recouvre les prélèvements sociaux

Depuis lors, les mutualisations d'activités entre caisses locales ont pris une ampleur croissante, à cadre institutionnel inchangé (I), mais n'ont qu'en partie remédié aux écarts excessifs de taille et de résultats opérationnels entre caisses (II). Dépasser le statu quo institutionnel pour déployer un nouveau modèle de production apparaît nécessaire (III).

⁴⁹⁷ Cour des comptes, « La réorganisation des réseaux de caisses du régime général : un mouvement significatif, un impossible statu quo », in *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2015*, p. 451-492, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

I - Derrière la stabilité de l'organisation générale des caisses, des mutualisations croissantes d'activités

Les branches de prestations du régime général de sécurité sociale comptent 223 caisses locales et, en 2018, plus de 118 000 agents (en contrats à durées indéterminée et déterminée⁴⁹⁸) exprimés en équivalent temps plein en moyenne annuelle (ETPMA, voir encadré), pour des dépenses limitatives de gestion administrative d'environ 8 Md€⁴⁹⁹.

Les réseaux de caisses du régime général

Le **réseau de la Cnav** (12 606 ETPMA et 118,4 Md€ de prestations légales au titre des salariés en 2018) est **le plus resserré**. Il comprend 21 caisses : 15 caisses d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat)⁵⁰⁰, au ressort régional ou interdépartemental, la Cnav, à la fois caisse nationale et caisse régionale pour l'Île-de-France, et cinq caisses interbranches dans les départements et régions d'outre-mer : quatre caisses générales de sécurité sociale (CGSS) en Guadeloupe, Guyane, à la Martinique et à La Réunion et la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM).

Le **réseau de la Cnam** (71 208 ETPMA et 189,6 Md€ de prestations légales en 2018) est **le plus étendu et complexe**. Il compte 123 caisses : 101 CPAM (prestations), 15 Carsat (fixation des taux de cotisation et prévention des AT-MP, service social), la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (qui exerce les missions maladie et AT-MP des Carsat et gère les pensions d'invalidité), les quatre CGSS, la CSSM, ainsi que la caisse commune de sécurité sociale de Lozère. En outre, le service médical, service déconcentré de la caisse nationale, est organisé en 16 directions régionales (20 en 2019), auxquelles sont rattachés autant d'échelons locaux que de CPAM et de CGSS.

⁴⁹⁸ Les CDD représentaient en 2018 3 % des effectifs (ETPMA) dans les branches maladie/AT-MP, 2 % dans la branche retraite et plus de 7,5 % dans la branche famille.

⁴⁹⁹ Dépenses encadrées par les conventions d'objectifs et de gestion avec l'État (dépenses de personnel, autres dépenses de fonctionnement et investissements).

⁵⁰⁰ Les Carsat relèvent de deux caisses nationales, la Cnav et la Cnam.

Le **réseau de la Cnaf** (34 301 ETPMA et 62,5 Md€ de prestations légales et 6,5 Md€ de prestations d'action sociale en 2018) est **pour l'essentiel constitué de ses propres caisses**. En effet, ses 101 caisses comprennent 99 Caf, ainsi que les caisses de Lozère et de Mayotte. À côté des prestations familiales (allocations familiales et prestation d'accueil du jeune enfant principalement), les prestations de solidarité versées pour le compte des départements (revenu de solidarité active) et de l'État (aides au logement, prime d'activité et allocation pour adulte handicapé) représentent une part majoritaire des prestations et, plus encore, de la charge d'activité.

Depuis 2015, une seule fusion de caisses est intervenue (cf. *infra*). Toutefois le redéploiement d'activités dans le cadre de mutualisations entre caisses a pris une ampleur croissante, au prix d'un certain brouillage des organisations, des ressources et des résultats.

A - Un cadre territorial revendiqué, mais aussi subi

Le ressort départemental des Caf et des CPAM a deux motifs revendiqués : l'association d'acteurs locaux à l'exercice de leurs missions et une présence de proximité destinée à répondre aux besoins des habitants des territoires concernés. Ces motifs doivent cependant être relativisés, tandis que les obstacles à la mobilité des agents constituent un motif majeur à la stabilité de l'organisation territoriale des réseaux de caisses de sécurité sociale.

1 - Une explication partielle de l'organisation territoriale des réseaux par les partenariats locaux

La maille départementale pour les Caf et CPAM est souvent justifiée par l'assise territoriale de leurs principaux partenaires – collectivités locales, associations d'insertion et d'aide à des publics fragiles, missions locales et établissements de santé.

Pour l'action sociale collective (subventions de fonctionnement et d'investissement et prêts pour investissement à des associations), les Caf analysent les besoins, orientent la création et l'adaptation d'équipements et services et coordonnent les financeurs. Elles interviennent à un double niveau, départemental et intercommunal. Elles sont aussi un interlocuteur essentiel des conseils départementaux, pour le compte desquels elles versent le RSA⁵⁰¹.

⁵⁰¹ Les services de certains départements ainsi que les centres communaux d'action sociale participent à l'instruction des demandes.

Les CPAM mettent en œuvre des actions visant à prévenir l'absence de recours des assurés à leurs droits ou aux soins par des partenariats avec les services sociaux ou des associations qui interviennent auprès de publics défavorisés. Par ailleurs, les actions de gestion du risque prennent appui, entre autres, sur les commissions paritaires locales dans le cadre desquelles chaque CPAM se concerta avec les représentants des différentes professions de santé.

On remarque toutefois que s'agissant des Carsat, elles partagent des partenariats avec les Caf et CPAM et ont des liens avec les conseils départementaux, sans que leur ressort régional ou interdépartemental ne constitue un obstacle insurmontable.

2 - La proximité avec le public : une explication elle aussi partielle

Depuis 2015, une seule fusion de caisses est intervenue⁵⁰². La stabilité de l'organisation institutionnelle des réseaux de caisses n'a pas empêché ces dernières d'adapter leur présence territoriale auprès des assurés et des allocataires. En revanche, l'organisation territoriale de leurs activités de production et d'administration, qui n'ont pas de lien avec le public et comportent les effectifs les plus élevés, est plus figée.

a) Une baisse globale du nombre de sites, portant principalement sur les accueils physiques du public

Les données suivies par les caisses nationales sur leurs sites de production et sites d'accueil du public indiquent qu'entre 2014 et 2018, le nombre de sites des CPAM et CGSS de l'assurance maladie a été réduit de 1 404 à 1 086 (-23 %), celui des Caf (hors sites purement administratifs) de 340 à 297 (-13 %), et que le nombre d'agences retraite a baissé de 285 à 227 (-20 %). Dans les réseaux de CPAM et de Caf, cette évolution traduit avant tout la réduction du nombre des lieux d'accueil du public.

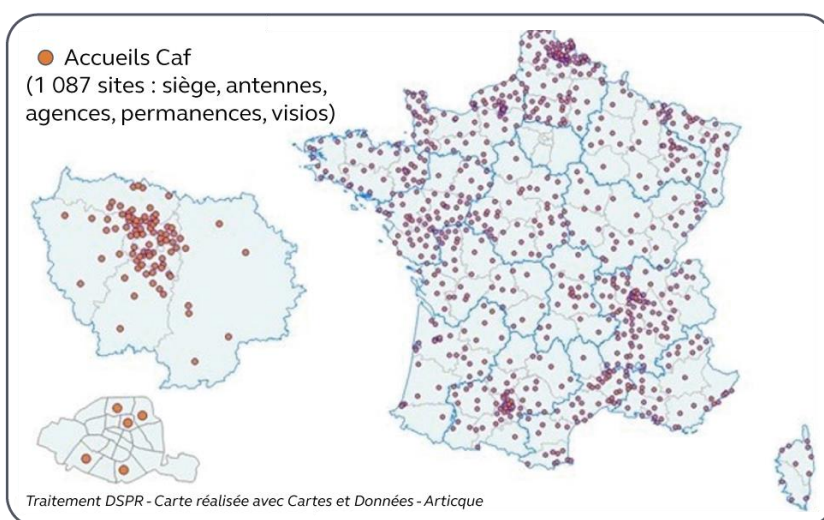
Sous l'effet du développement des services en ligne, du fort recul des visites et du développement de l'accueil sur rendez-vous, le maillage de lieux d'accueil du public a été fortement resserré, en particulier les accueils ponctuels (« points d'accueil » ou « permanences ») hébergés

⁵⁰² En 2017, les Caf du Pays basque et du Seignanx et de Béarn et Soule ont fusionné.

dans d'autres administrations⁵⁰³. La fonction de proximité est de plus en plus mutualisée auprès de partenaires (partenaires d'accueil de la branche famille⁵⁰⁴ et relais de services publics⁵⁰⁵), plus rarement entre organismes de sécurité sociale, comme en témoignent les expériences en cours dans une dizaine de départements.

D'après les analyses des caisses nationales du régime général, en France métropolitaine, la totalité de la population pouvait accéder en moins de 30 minutes en voiture à un point d'accueil de la sécurité sociale ou à une maison de services au public. La densité des lieux d'accueil du public n'est pas corrélée à la taille du ressort géographique des caisses, mais est fonction de la superficie et de la population des bassins de vie à desservir.

Carte n° 3 : implantations territoriales des Caf

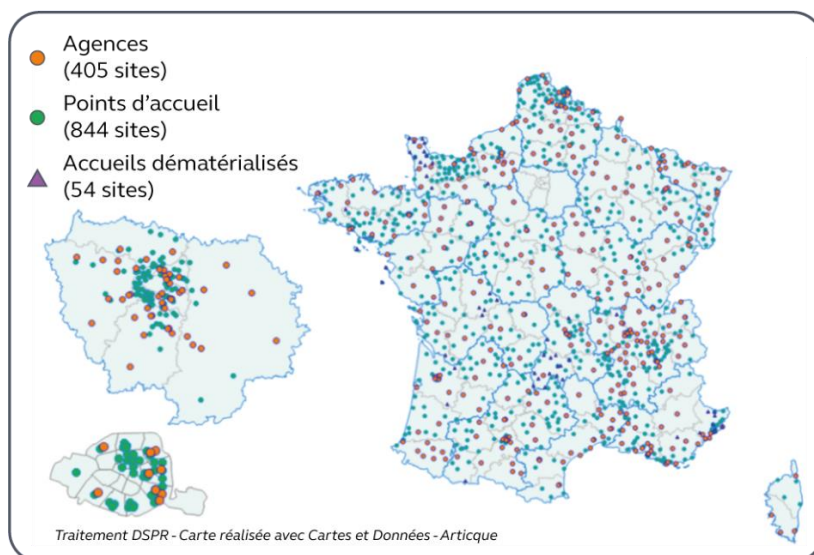


⁵⁰³ En 2019, la Cour constatait un recul des visites aux accueils physiques entre 2014 et 2018 de 65 % en CPAM, 44 % en Caf et 60 % dans la branche vieillesse, et une diminution du nombre de lieux d'accueil sur la même période de 33 % en CPAM, 12 % en Caf et 45 % en Carsat.

⁵⁰⁴ Points relais Caf d'aides aux démarches et points d'accueil numériques.

⁵⁰⁵ En février 2020, 534 structures France Services avaient obtenu le label délivré par les préfets, dans le cadre d'un objectif de couverture de chaque canton par une structure France Services d'ici 2022 annoncé par le Président de la République en décembre 2019. Pour mémoire, les maisons de services au public étaient au nombre de 1 313 fin 2018, dont près de 1 000 étaient partenaires de la branche famille, 774 de l'assurance maladie et 782 de la branche vieillesse.

Carte n° 4 : implantations territoriales des CPAM



Source : traitement Cnav-DSPR ; les contours en fond correspondent aux circonscriptions des Carsat

b) Une moindre réorganisation des activités de production

Les activités de production sont réparties sur le territoire des caisses selon des organisations variables : services centralisés au siège, ou répartis entre sites correspondant aux anciens sièges des circonscriptions antérieures à la départementalisation, voire dans d'autres sites déconcentrés.

Sauf en cas de reconstruction d'un nouveau siège associé à un regroupement des équipes et malgré des fermetures dans certaines CPAM de nombreux « centres de paiements », la répartition territoriale des sites de production a peu évolué. Les principales implantations existant avant les départementalisations n'ont pas été remises en cause, en raison des engagements pris de maintenir l'affectation géographique des agents. Si les caisses ont fusionné les lignes d'encadrement puis, parfois très graduellement, spécialisé des sites par activité⁵⁰⁶, en faisant évoluer les tâches d'une partie des agents, un grand nombre de sites de petite taille perdurent. Ils deviennent surdimensionnés du fait de la baisse des effectifs.

⁵⁰⁶ Ainsi, la CPAM de Moselle, issue de la fusion en 2010 des caisses de Metz, Thionville et Sarreguemines, a conservé ces trois sites principaux, ainsi que ceux de Sarrebourg et Forbach. Ils ont été spécialisés par processus métier, au terme de dix ans d'ajustements, à l'exception de certaines fonctions support demeurées en multi-sites.

Dans la branche retraite, la production était historiquement assurée par les sièges. Dans la seconde moitié des années 2000, elle a été déconcentrée dans des agences locales dans l'objectif déclaré de rapprocher le service de ses usagers, qui pourtant ne les fréquentent principalement qu'au seul moment de la préparation de leur départ à la retraite. L'émission de la production, la perte de compétence sur certaines opérations (régularisations de carrière), la difficulté à affecter un cadre technique à chaque agence et les charges de loyers ont suscité dans un second temps un resserrement du nombre d'agences. La Cnav a pour objectif que chaque agence, au moins une par département, soit dotée de 9 à 15 conseillers-retraite. Toutefois beaucoup sont plus petites, dans des départements urbains comme ruraux.

Alors que les demandes de retraite en ligne devraient continuer à croître, au-delà du tiers des dossiers constaté en 2019, le maillage actuel d'agences retraite et leur compétence sur tous les types de dossiers de demandes de retraite, sauf exception, devraient être reconsidérés.

3 - Des garanties conventionnelles renouvelées, obstacles à la mobilité des agents

La stabilité du nombre de caisses et, en leur sein, de ceux de leurs sites de production, tient notamment aux obstacles à la mobilité géographique des agents posés par les protocoles d'accord successifs relatifs aux garanties conventionnelles apportées dans le cadre de l'évolution des réseaux⁵⁰⁷, qui ont accompagné la départementalisation des Caf et des CPAM et le développement de la mutualisation des activités. Ils garantissent l'absence de licenciement économique, l'absence de mobilité géographique forcée, ainsi que la possibilité pour le salarié concerné par une mutualisation d'activité de bénéficier d'une mobilité géographique s'il souhaite suivre l'activité concernée.

La faible mobilité géographique des agents du régime général fige durablement leur répartition territoriale et limite les possibilités de regroupement d'activités dans une logique de taille critique, de performance et de maîtrise des coûts. En 2018, seuls 0,4 % des salariés du régime général⁵⁰⁸ ont changé d'organisme⁵⁰⁹. Les trois quarts des mutations sont intervenues dans la même branche.

⁵⁰⁷ Un avenant du 5 septembre 2017, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2019, a prolongé jusqu'à fin 2022 l'économie globale des protocoles de 2006 et 2013, en l'étendant aux mutualisations d'activités entre branches.

⁵⁰⁸ 0,76 % pour les cadres, contre 0,2 % pour les non-cadres.

⁵⁰⁹ Les mobilités fonctionnelles au sein du même organisme (sans changement d'employeur) étaient estimées par l'Ucanss à 4,6 % en 2015.

Pour équilibrer la répartition territoriale des activités et des ressources, les marges de manœuvre reposent, de fait, sur les choix de localisation des renouvellements d'emplois à la suite des départs définitifs et dans la mutualisation d'activités entre caisses.

B - Les mutualisations, compromis entre l'évolution de la charge d'activité et la stabilité des structures

Alors que les dynamiques démographiques territoriales divergent, même sur une courte période⁵¹⁰, et que l'État fait participer les caisses de sécurité sociale à l'effort de maîtrise des dépenses administratives par des réductions d'effectifs, la stabilité de leurs réseaux et la mobilité limitée de leurs agents créent de fortes contraintes sur l'activité des branches du régime général. Afin de les atténuer, les caisses mutualisent entre elles une part croissante de leurs activités.

1 - Une part croissante des effectifs des branches

En 2019, les activités mutualisées représentaient 9,1 % des effectifs en équivalent temps plein (ETP) dans la branche vieillesse, 10,4 % dans la branche famille et 17,7 % pour l'assurance maladie.

Trois types de mutualisation peuvent être distingués : des **missions nationales** assurées par certaines caisses locales pour le compte de l'ensemble du réseau dont elles relèvent ; des **services d'entraide** constitués d'agents de diverses caisses, qui mutualisent temporairement sous la supervision des caisses nationales la production d'une partie des prestations, en déléguant à distance des caisses en surcharge d'activité ; des **mutualisations d'activités entre caisses locales** qui, contrairement à l'entraide, affectent de manière permanente des activités à certaines caisses créant des pôles spécialisés en nombre plus réduit. Le tableau suivant décrit les effectifs concernés.

⁵¹⁰ Selon l'Insee, la France est passée de 66,1 à 66,3 millions d'habitants entre fin 2014 et fin 2019, soit une hausse de 0,4 %. La population de 32 départements sur 101 a baissé, à hauteur de 1 % au plus. Dans 35 départements, elle a augmenté d'au moins 0,5 % ; dans 12 départements, de 1 % à 1,5 % ; en Guyane et à Mayotte de plus de 3 %.

**Tableau n° 27 : effectifs participant aux activités mutualisées en 2019
(en ETP)**

	Branches maladie (CPAM)	Branches famille	Branches vieillesse
Missions nationales	1 519 (3,3 %)	351 (1,1 %)	395 (3,5 %)
Entraide du réseau	200 (0,4 %)	406 (1,2 %)	73 (0,6 %)
Mutualisations entre caisses	6 528 (14,0 %)	2 640 (8,1 %)	565 (5,0 %)
Total ETP mutualisés	8 247	3 397	1 033
Total ETP réseau	46 539	32 612	11 413
Part en ETP des activités mutualisées	17,7 %	10,4 %	9,1 %

Source : Cour des comptes d'après les informations des caisses nationales (comptabilisation analytique des emplois)

Les mutualisations portent sur des effectifs d'inégale importance entre les branches, mais croissants. Dans l'assurance maladie, la part des effectifs concernés a plus que doublé entre 2015 et 2019. Les mutualisations entre caisses de retraite mobilisent quatre fois plus d'agents en 2019 qu'en 2015. La comptabilité analytique de la branche famille ne permet que depuis récemment de suivre de façon fiable les moyens par activité et de retracer les activités mutualisées entre caisses.

C'est dans le réseau de l'assurance maladie que les mutualisations entre caisses sont les plus développées. Cela résulte d'un effort particulier d'organisation et de la nature des activités concernées. La branche vieillesse, dont les organismes ont un ressort régional ou interdépartemental, a moins éprouvé le besoin de mutualiser des activités que ses homologues à maille départementale. La branche famille, qui a moins mutualisé entre caisses, recourt plus à l'entraide (production et téléphonie).

2 - Le regroupement d'activités importantes

Les mutualisations existent depuis longtemps dans les branches maladie et famille, mais résultaient de la seule initiative des caisses locales. Depuis 2014, les caisses nationales ont affirmé leur volonté d'en accroître l'ampleur dans un cadre défini au plan national.

Le projet « travail en réseau » (Tram) de l'assurance maladie, déployé entre 2016 et 2019, illustre le plus nettement cette évolution : les mutualisations ont un caractère obligatoire pour l'ensemble des caisses, elles font application de cahiers des charges précis, les 12 processus

mutualisés dans le cadre national⁵¹¹ ou régional⁵¹² sont dotés d'objectifs chiffrés à réaliser par les caisses et la Cnam en effectue un suivi étroit. En 2019, Tram représentait 4 070 ETP (contre 2 458 ETP pour les « autres mutualisations » préexistantes à Tram), soit 8,7 % des effectifs des CPAM. Il regroupe la moitié des effectifs affectés à des mutualisations et la majeure partie de la hausse des effectifs en question depuis 2014.

Tableau n° 28 : répartition par domaine des effectifs participant aux activités mutualisées entre caisses

	Branche maladie (2019)	Branche famille (2019)	Branche vieillesse (2019)
Droits et prestations	2 261 ETP <i>Plateaux régionaux Tram :</i> Feuilles de soins papier Capitaux-décès Invalidité Rentes AT-MP Gestion des droits des transfrontaliers Immatriculation des personnes nées à l'étranger Recours contre tiers Aide médicale d'État 1 920 ETP <i>Autres mutualisations préexistant à Tram</i> (gestion de la facturation des établissements, PFS professionnels de santé, grand appareillage, etc.)	1 049 ETP Recouvrement des impayés de pensions alimentaires et allocation de soutien familial aux familles monoparentales (411 ETP) Allocations journalières de présence parentale Assurance vieillesse des parents au foyer Recouvrement de créances Immatriculation des personnes nées à l'étranger	475 ETP Demandes de retraite des résidents à l'étranger (221 ETP) Rachats de trimestres et versements pour la retraite Carrières des fonctionnaires Déclarations sociales hors DSN Anomalies d'identification Certificats d'existence des pensionnés résidant à l'étranger Mesure des erreurs affectant à titre définitif les prestations
Téléphone et courriels	2 052 ETP Plateaux Tram téléphone Plateaux de gestion des courriels	973 ETP Plateformes de services	61 ETP Pôles de téléphonie mutualisée
Support	295 ETP Paie (processus national) Oppositions	618 ETP Numérisation (processus national) Paie (processus national) Éditique (processus national)	29 ETP Sinistres Voyages professionnels Micro-filmage Numérisation
	6 528 ETP	2 640 ETP	565 ETP

Source : Cour des comptes d'après les informations des caisses nationales

⁵¹¹ Au nombre de quatre : aide médicale d'État, capitaux décès, plateforme de délestage durable, paie.

⁵¹² Au nombre de huit : rentes AT-MP ; invalidité ; plateformes de service employeurs et assurés (deux plateformes) ; numérisation des feuilles de soins ; recours contre tiers ; relations internationales ; oppositions.

Dans l'ensemble des branches, les mutualisations concernent assez peu les droits et prestations, en dehors de ceux qui comptent des effectifs réduits de bénéficiaires et dont les compétences des équipes peuvent être difficiles à maintenir :

- dans le cadre de Tram, trois prestations sont mutualisées : les pensions d'invalidité, les rentes AT-MP et les capitaux décès. Il en va de même d'une partie des droits aux prestations, au titre de l'aide médicale de l'État, des migrants et travailleurs frontaliers et des recours contre les tiers à l'origine de frais de santé ;
- dans la branche famille, les mutualisations sur des droits et prestations ont un périmètre encore plus étroit : le recouvrement des impayés de pensions alimentaires, les allocations journalières de présence parentale, l'assurance vieillesse des parents au foyer et les droits des migrants. Les prestations étant fondées sur les mêmes données (composition du foyer, ressources, résidence, parfois chômage), il est plus difficile d'isoler des prestations dont la gestion pourrait être confiée à un nombre réduit de caisses. La branche famille met ainsi davantage l'accent sur l'entraide ;
- la Cnav met en œuvre des mutualisations entre caisses portant sur certains segments d'assurés (demandes de retraite des résidents à l'étranger et certificats d'existence des pensionnés résidant à l'étranger), sur la carrière (rachats de trimestres de cotisations, versements pour la retraite, annulations de cotisations et rétablissements dans les droits, saisie de données de carrière) et, exceptionnellement, sur des prestations (allocation veuvage).

En revanche, les mutualisations concernent fortement la relation avec les bénéficiaires des prestations. Les branches maladie et famille mutualisent la réponse téléphonique et le traitement des courriels. La réponse téléphonique doit l'être entre Carsat d'ici 2022.

En outre, des activités support très mobilisatrices en main-d'œuvre, adossées à des équipements industriels, ont été mutualisées ou sont en voie de l'être : l'éditique depuis 2014 dans la branche famille ; la numérisation des courriers reçus, engagée avant 2013 dans les Caf, doit être mutualisée entre 2020 et 2022 dans l'assurance maladie, avec d'importants gains de productivité et de forts enjeux de redéploiement de personnel peu qualifié.

C - Des clarifications nécessaires

1 - Une perte de visibilité des organisations et des ressources

Dans le réseau famille, chaque Caf est en charge d'au moins une activité pour le compte d'une ou de plusieurs autres caisses ou d'une mission nationale. Le foisonnement des mutualisations, couvrant parfois des parties plutôt que des processus de gestion entiers, et encore souvent décidées de gré à gré entre les caisses, favorise la fragmentation des activités, dans des conditions qui ont peu évolué depuis 2015.

Les trois caisses nationales suivent les effectifs participant à des activités mutualisées (cf. *supra*). En revanche, au sein d'un même organisme local, si l'on excepte l'assurance maladie dans le cas du programme Tram, la part d'activité de ces effectifs réalisée pour le compte des caisses délégantes n'est pas connue. Comme les caisses nationales des deux autres branches, la Cnam ne dispose toutefois pas d'une cartographie aussi précise pour les mutualisations antérieures à Tram et les missions nationales, qui représentent au total près de la moitié des effectifs mutualisés.

De manière générale, les organisations de la production reflètent le maintien de périmètres traditionnels d'activités qui jouxtent des mutualisations sur des périmètres variables, sans que les moyens affectés à l'ensemble des mutualisations soient précisément recensés. La fiabilité des données prises en compte par les caisses nationales pour fixer les enveloppes d'effectifs et de dépenses de fonctionnement des caisses locales s'en trouve affectée.

2 - Des responsabilités qui ne coïncident plus avec les compétences exercées

Les Caf et CPAM ayant des activités qui dépassent leur ressort territorial ou n'en assurant plus la totalité, la pertinence de leurs indicateurs traditionnels d'efficience se réduit au fur et à mesure des redistributions d'activités et de l'individualisation des portefeuilles d'activités des caisses.

Quand les mutualisations d'activités ont une incidence importante sur l'activité de la caisse, la comparaison habituelle entre les moyens engagés et la taille et les caractéristiques du fichier des assurés ou des

allocataires (nombre d'allocataires pondérés⁵¹³ par ETP pour les Caf, dépenses de gestion rapportées au nombre de bénéficiaires consommant pondérés⁵¹⁴ pour les CPAM) perd de son sens.

Seuls les processus du programme « Tram » de l'assurance maladie font l'objet de tableaux de bord de suivi harmonisés et complets. Seule la Cnam a, s'agissant de Tram, fait coïncider les objectifs chiffrés assignés aux caisses locales⁵¹⁵, avec le périmètre redéfini de leurs missions.

Dans la branche famille, malgré de nets progrès en matière de pilotage, la précision du suivi des activités mutualisées diffère en fonction de leur objet. Dans la branche vieillesse, ce suivi porte sur l'écoulement de la production ; les délais, la qualité du traitement et l'efficacité des moyens engagés ne sont pas suivis.

Par ailleurs, les Caf et les CPAM qui ont cédé certaines activités à titre définitif ont conservé la mise en paiement et la comptabilisation des prestations liquidées pour leur compte par d'autres caisses. Cette situation n'est pas satisfaisante. En dehors d'activités d'entraide ou discontinues, le périmètre des responsabilités des directeurs et des directeurs comptables et financiers de chaque caisse devrait coïncider avec celui des opérations qu'elle effectue. Comme l'a récemment fait la branche vieillesse⁵¹⁶, il conviendrait ainsi de mener à leur terme les mutualisations à caractère permanent d'activités de droits et de prestations, en mettant fin à la fiction d'une gestion pour le compte d'autres caisses et en transférant aux caisses délégataires le contrôle, le paiement et la comptabilisation des opérations⁵¹⁷.

⁵¹³ L'allocataire pondéré est l'unité d'évaluation de la charge de travail des Caf. Il pondère les allocataires physiques de chaque Caf en fonction de la complexité du traitement de leur dossier (plus forte pour les allocataires du RSA et de la prime d'activité que ceux des allocations familiales) ; 15 profils sont distingués.

⁵¹⁴ L'unité d'œuvre des CPAM est le bénéficiaire (assuré) consommant, à âge standardisé, pondéré des charges induites par l'environnement de l'activité de chaque caisse (taux de population active, qui joue sur les indemnités journalières ; part des bénéficiaires de la CMU-C, dont la gestion est plus lourde que celle des droits à la protection de base ; densité médicale, qui influence le volume de prescriptions).

⁵¹⁵ Dans les objectifs personnels des directeurs (qui donnent lieu à une part variable de rémunération) et les contrats pluriannuels de gestion (CPG), qui déterminent la contribution de chaque caisse locale à l'atteinte des objectifs nationaux fixés par les conventions d'objectifs et de gestion négociées par les caisses nationales avec l'État (2018-2022 pour les Cog en vigueur).

⁵¹⁶ Rachats de cotisations et versements pour la retraite, annulations de cotisations (anciens salariés) et rétablissements dans les droits (anciens fonctionnaires).

⁵¹⁷ Pour sa part, l'attribution du contrôle et du paiement aux directions financières et comptables des caisses qui gèrent la paie et les achats pour le compte d'autres caisses ne ferait pas obstacle au maintien de leur comptabilisation par ces dernières.

**Un autre incohérence de la gouvernance des caisses locales :
la définition des attributions des conseils d'administration**

Depuis la réforme de 2004 de l'assurance maladie, les directeurs des CPAM sont nommés et révoqués par la Cnam, sauf opposition à la majorité des deux tiers des membres de leurs conseils, mesure étendue en 2010 à l'ensemble des branches du régime général.

Néanmoins, seuls les directeurs des CPAM sont responsables de plein droit de la gestion de leur caisse. Les conseils d'administration des Caf, des Carsat et des CGSS ont conservé en droit une compétence générale pour régler les affaires de ces organismes que ne justifie plus la réalité de leurs responsabilités. À l'instar des conseils des CPAM, leurs attributions devraient faire l'objet d'une liste limitative. L'approbation des comptes et le suivi du bilan annuel du contrôle interne devraient en faire partie.

Par ailleurs, il conviendrait de resserrer le nombre de membres des conseils⁵¹⁸, parfois excessif au regard de l'activité de ces instances, d'encadrer la création de commissions par les conseils pour éviter une mobilisation excessive des services des caisses et d'encadrer plus étroitement la situation des administrateurs qui cumulent des mandats.

II - Des besoins de rééquilibrage au sein de réseaux hétérogènes

Malgré l'expansion des mutualisations, l'organisation interne des réseaux de caisses des branches maladie, famille et retraite laisse perdurer des difficultés structurelles, liées au manque de taille critique d'un grand nombre de caisses, ainsi qu'à des écarts de coûts et de qualité de la gestion.

A - Plus d'une caisse sur deux de petite taille

Si les caisses départementales de petite taille ont été soumises à de moindres restitutions d'emplois et ont pu bénéficier de transferts d'activités, beaucoup de caisses n'atteignent pas une taille critique.

⁵¹⁸ Les indemnités versées aux administrateurs par les quatre branches, y compris formation et équipements informatiques des syndicats (sauf pour la Cnav), se sont élevées à 22,5 M€ en 2019.

1 - Des caisses de petite taille plutôt préservées des diminutions d'effectifs

La baisse des effectifs n'est pas proportionnelle à la taille des caisses. Ainsi, le quart des CPAM aux effectifs les moins nombreux a réduit ses effectifs de quatre points de moins que le quart des plus grandes caisses. Dans la branche famille, le quart des caisses les plus petites a bénéficié d'une hausse d'effectifs de 2,6 % en moyenne quand les effectifs des quarts suivants ont diminué.

Tableau n° 29 : variation des effectifs des CPAM et Caf en fonction de leur taille (2014-2018)

<i>En ETPMA, CDI et CDD – hors DOM</i>	CPAM		Caf	
	Évolution des effectifs 2014-2018	Poids dans l'ensemble des caisses (2018)	Évolution des effectifs 2014-2018	Poids dans l'ensemble des caisses (2018)
1 ^{er} quart des caisses	-3,6 %	8,6 %	2,6 %	8,4 %
2 ^{ème} quart des caisses	-4,3 %	15,3 %	- 0,3 %	14,7 %
3 ^{ème} quart des caisses	-6,5 %	24,2 %	-2,7 %	24,5 %
4 ^{ème} quart des caisses	-7,5 %	51,9 %	-1,1 %	52,4 %

Lecture : le premier quart des CPAM, qui représente les 26 premières caisses (sur 101) par ordre croissant de leurs effectifs, a vu ses effectifs cumulés baisser de 3,6 % entre 2014 et 2018. Leur poids dans l'ensemble représente la part de leurs effectifs ramenés à l'ensemble des effectifs des CPAM.

Source : Cour des comptes à partir des données des caisses nationales

Ainsi, les deux réseaux départementaux restent structurés de façon très déséquilibrée, la moitié des plus petites CPAM et Caf employant respectivement 23,9 % et 23,1 % des effectifs totaux.

La moindre baisse des effectifs des caisses de petite taille s'explique par une place plus élevée des fonctions d'encadrement ou support, par des possibilités plus importantes de gains de productivité dans les caisses de grande taille et par des redistributions d'activités en faveur de caisses de petite taille – dont elles ne sont cependant pas seules à bénéficier.

2 - L'apport variable des activités mutualisées pour les caisses de petite taille

En 2018, selon les caisses, entre 0,5 % et 68,3 % des effectifs des CPAM consacraient leur activité à un autre ressort territorial que celui de leur caisse, pour une moyenne nationale de 11,3 %. Les plus petites caisses prennent en charge beaucoup plus d'activités mutualisées que les autres. La balance des activités prises et cédées fait néanmoins apparaître des

situations différenciées. Plusieurs CPAM de petite taille⁵¹⁹ ont bénéficié de nouvelles activités leur permettant de conserver des emplois, d'autres non⁵²⁰, et certaines⁵²¹ ont cédé plus d'activités qu'elles n'en ont prises.

Les mutualisations de fonctions métier d'expertise et de relation de service ont conforté neuf des plus petites Caf⁵²², mais 20 des 55 Caf de plus petite taille participent moins aux mutualisations que la moyenne.

Les mutualisations d'activités ont d'ailleurs pu renforcer des caisses de très grande taille. Ainsi, dans la branche famille, les tâches des Caf d'Île-de-France ont été allégées, mais l'accueil de plateformes téléphoniques a accru la charge d'autres caisses de grande taille⁵²³. Dans le cadre de Tram, les plateaux mutualisés des CPAM ont été constitués en regroupant les unités en deçà d'une certaine taille, mais les caisses de grande taille ont conservé leurs propres activités (plateformes téléphoniques, rentes, recours contre tiers, etc.) dans le cadre de plateaux dits « individualisés ».

Dans la branche vieillesse, la répartition des activités mutualisées entre caisses a renforcé en premier lieu la plus grande structure, la Cnav Île-de-France, et, en second rang, la plus petite Carsat, celle d'Auvergne.

3 - La faible taille d'un grand nombre de caisses

Les caisses locales, tout particulièrement les Caf et les CPAM à maille départementale, gèrent des populations de bénéficiaires de taille très variable. Ces disparités reflètent celles de la distribution territoriale de la population⁵²⁴, ainsi que de la pauvreté⁵²⁵. L'évolution différenciée de la population selon les territoires conduit à les accentuer. Les mutualisations peuvent certes apporter une charge supplémentaire d'activité, mais la charge liée aux activités propres conservées par les caisses s'érode.

⁵¹⁹ Comme celles des Alpes-de-Haute-Provence, du Jura, de la Meuse ou du Cher.

⁵²⁰ Vosges, Loir-et-Cher, Ariège.

⁵²¹ Ardennes, Haute-Saône.

⁵²² Cantal, Corrèze, Creuse, Landes, Haute-Loire, Lot, Haute-Marne, Hautes-Pyrénées, Haute-Vienne, qui bénéficient de 425 ETP mutualisés sur les 2 295 mutualisés de 2018.

⁵²³ Pas-de-Calais, Bouches-du-Rhône et, dans une moindre mesure, Gironde.

⁵²⁴ En 2019, selon l'Insee, le département le plus peuplé (le Nord) comptait 34 fois plus d'habitants que celui qui en avait le moins (La Lozère). Le 20^{ème} département le plus peuplé (La Réunion) en avait trois fois plus que 20^{ème} le moins peuplé (Orne).

⁵²⁵ En France métropolitaine, 7,6 % de la population était couverte par la CMU-C en 2018, soit de 3 % en Haute-Savoie à 14,8 % en Seine-Saint-Denis ; outre-mer, le niveau le plus élevé était atteint à La Réunion, avec 35,7 % (source : Fonds CMU-C). Les titulaires du RSA bénéficient de droit de cette aide.

Le poids de chaque caisse dans la charge d'activité globale des branches varie grandement. Ainsi, un quart de l'activité⁵²⁶ se concentre dans quelques très grandes caisses (neuf CPAM, huit Caf et deux caisses de retraite) et, à l'autre extrémité, un quart est assumé par un grand nombre de petites caisses : 54 CPAM, 55 Caf et cinq Carsat. Cette disparité a pour corollaire celle du nombre d'agents, comme le montre le tableau ci-après.

**Tableau n° 30 : disparité des effectifs (ETPMA CDI et CDD)
entre les caisses locales métropolitaines (2018)**

	CPAM	Caf	Caisses de retraite
Plus petite caisse	99 (Creuse)	67 (Hautes-Alpes)	286 (Auvergne)
Plus grande caisse	2 156 (Paris)	1 429 (Nord)	2 242 (Ile de France)
Écart de 1 à ...	22	21	8 (3,7 hors Ile-de-France)

Note : les effectifs de la caisse régionale de retraite d'Ile de France sont reconstitués à partir des données de comptabilité analytique identifiant les fonctions non-nationales.

Source : Cour des comptes d'après les informations des caisses nationales

La question de la taille critique minimale reste posée pour les caisses et les sites territorialisés (agences retraite, de Caf ou de CPAM) situés dans des agglomérations de taille petite ou moyenne. La poursuite de la baisse des effectifs des branches conduira nécessairement à l'amplifier.

La petite taille des équipes peut présenter certains avantages (réactivité permise par des lignes hiérarchiques plus courtes, plus grande accessibilité pour les partenaires locaux, transversalité des approches), mais emporte aussi des fragilités et des surcoûts. Ainsi, les unités de petite taille sont moins à même de spécialiser des collaborateurs (par exemple, dans l'animation d'espaces libre-service dans les agences retraite ou dans le traitement des prestations en fonction de leur complexité pour les gestionnaires des Caf). Elles sont plus vulnérables aux absences. Elles peuvent assumer plus difficilement les objectifs de contrôle⁵²⁷ et l'élévation des exigences du contrôle interne. Elles ont souvent un taux d'encadrement plus élevé du fait de la petite taille des équipes, parfois atténué par l'encadrement partagé de plusieurs équipes et sites. Enfin, les fonctions support incompressibles ont un poids plus lourd : elles représentent 26 % du coût de gestion des plus petites Caf, soit cinq points de plus que pour les caisses de taille intermédiaire et huit de plus que pour les plus grandes.

⁵²⁶ Activité mesurée en fonction des caractéristiques des fichiers d'assurés des CPAM et d'allocataires des Caf et du nombre de dossiers retraite produits pondérés par les ressources humaines qui leur sont consacrées.

⁵²⁷ Ainsi, dans la branche famille, un projet de mutualisation des moyens et des dossiers soumis au contrôle des directeurs comptables et financiers vise à combler les déséquilibres constatés dans une vingtaine de Caf et ainsi, à aligner les taux de contrôle sur une cible nationale et non plus sur la capacité à faire localement.

Les fonctions d'aide au pilotage sont développées dans les plus grandes caisses, en raison de leurs propres besoins, mais aussi parce qu'elles parviennent plus aisément à procéder aux recrutements de profils adaptés. Le maintien ou l'accès aux expertises est plus difficile pour les caisses de petite taille, ce qui suscite des risques de retard dans le déploiement des projets nationaux, même si des coopérations de gré à gré avec d'autres caisses peuvent atténuer cette difficulté.

B - Des performances inégales

1 - Un niveau variable de coûts de gestion

Les caisses locales conservent des écarts de productivité révélateurs de gisements potentiellement importants. Ainsi, si toutes les CPAM portaient leur productivité à un niveau au moins égal à celui de la 20^{ème} la plus productive (sur 101), les effectifs de l'assurance maladie pourraient être réduits de près de 2 900 ETP (soit 5,8 % des ETP globaux des branches maladie et AT-MP en 2018).

En règle générale, la performance économique des caisses est corrélée positivement à leur taille. En moyenne, les plus petites caisses sont plus onéreuses au regard de leurs coûts de gestion unitaires⁵²⁸. Cependant, les plus grandes CPAM et les deux plus grandes caisses de retraite⁵²⁹ sont également plus onéreuses que la moyenne. Au regard de la dispersion des coûts unitaires de gestion, l'optimum économique semble se situer dans les caisses de taille intermédiaire supérieure des réseaux départementaux, telles les CPAM ayant de 700 à 900 ETP.

Les caisses de taille plus importante ont des coûts de coordination interne plus élevés, accentués quand leur production est répartie sur plusieurs sites. Elles font face à des enjeux particuliers de management et de gestion des ressources humaines. Ceux de qualité de vie au travail et de climat social y ont une place marquée. En Île-de-France, les difficultés de logement et de transport affectent l'attractivité des postes proposés. Le *turn-over*, s'agissant notamment des plateformes téléphoniques ou de services, peut avoir des effets déstabilisants, les caisses devant reconstituer continûment leur capacité de production et redoubler d'anticipation (un technicien est pleinement opérationnel au bout de 18 mois de formation).

⁵²⁸ Charges de gestion courante rapportées au nombre d'allocataires pondérés ou bénéficiaires consommant pondérés des CPAM.

⁵²⁹ La Carsat Rhône-Alpes et la Cnav Île-de-France.

2 - Une qualité de service inégale

Alors que la population des assurés se concentre dans un nombre réduit de très grandes caisses, la qualité de service de plusieurs d'entre elles est moindre.

Ainsi, les CPAM d'Île-de-France ont des délais de règlement des indemnités journalières particulièrement dégradés⁵³⁰. De manière générale, les CPAM d'Île-de-France (sauf le Val-de-Marne et l'Essonne) et celle du Rhône atteignent moins bien les objectifs fixés par les CPG que les autres caisses. Quatre des plus grandes Caf et des caisses intermédiaires d'Île-de-France ont des délais de traitement très supérieurs à la cible nationale⁵³¹. En décembre 2019, la Cnav Île-de-France ne parvenait pas à traiter 15,2 % des demandes de retraite de droit propre avant leur date d'effet, pour une moyenne nationale de 9,7 %.

L'entraide et le déploiement de dispositifs de pilotage national de la production ne permettent donc pas de régler les difficultés structurelles de quelques-unes des plus grandes caisses, même s'ils favorisent la convergence des résultats des caisses et la performance d'ensemble des réseaux. Depuis 2014, trois Caf d'Île-de-France et celles du Nord et des Bouches-du-Rhône bénéficient de renforts d'entraide et d'un suivi particulier de la Cnaf au titre du dispositif « Caf à forts enjeux », en principe limité à trois ans.

C - Des organisations particulières inadaptées

1 - Le rattachement aux Carsat des AT-MP et du service social de l'assurance maladie

Les Carsat (17 098 ETP en 2019), qui ont succédé aux caisses régionales d'assurance maladie (Cram) en 2010, relèvent de deux caisses nationales – la Cnav et la Cnam – et de trois branches – retraite, AT-MP et maladie. Chaque directeur de Carsat, désigné conjointement par les directeurs de la Cnav et de la Cnam, doit suivre près d'une centaine d'indicateurs, contre une quarantaine pour les CPAM et les Caf.

⁵³⁰ En 2018, les délais étaient compris, selon les CPAM franciliennes, entre 32 jours (Seine-et-Marne) et 44 jours (Val-d'Oise), pour un engagement national de traitement en 28 jours, atteint par la moitié des CPAM, et une moyenne nationale de 30,3 jours.

⁵³¹ Les Caf du Nord, de Paris, des Bouches-du-Rhône, de la Seine-Saint-Denis, de l'Essonne et de la Seine-et-Marne avaient un délai de traitement, exprimé du point de vue de l'usager, compris entre 18,4 et 22,3 jours, pour une moyenne de 14,7 jours dans le réseau en 2019.

Les missions hétérogènes des Carsat n'ont plus aujourd'hui⁵³² de synergies notables. Les transferts d'activités des ex-Cram aux agences régionales de santé ont accru la place des retraites (72 % des effectifs).

Unifiée au niveau national au sein de la direction des risques professionnels de la Cnam, la gestion des AT-MP est répartie, au niveau local, entre les Carsat, qui calculent les taux bruts de cotisation AT-MP applicables⁵³³ et mènent des actions de prévention des risques professionnels, et les CPAM, qui reconnaissent les AT-MP et les réparent. La réparation fait l'objet d'une animation fonctionnelle de niveau régional qui a pour relais des directeurs référents dans les CPAM. Les missions des Carsat relatives aux risques professionnels (2 049 ETP en 2019, dont 1 393 pour la prévention et 656 pour la tarification) pourraient être rattachées aux CPAM des chefs-lieux de région⁵³⁴.

Le service social de l'assurance maladie (2 456 ETP en 2019, dont 64 % d'assistants sociaux) est placé sous la responsabilité hiérarchique et fonctionnelle des Carsat. Hébergés pour l'essentiel dans les CPAM, sans leur être rattachés, les services sociaux ont une très large autonomie et sont de plus en plus à l'écart des actions que met en œuvre l'assurance maladie, avec d'autres agents, en direction des assurés et des professionnels de santé afin de prévenir la désinsertion professionnelle et d'assurer l'accès aux soins de publics défavorisés. Cette mission de proximité devrait être attribuée aux CPAM, sans remettre en cause la contribution du service social aux actions d'accompagnement social de la branche retraite.

2 - Une organisation distincte des services administratif et médical au sein de l'assurance maladie

Malgré son rattachement à la direction de la Cnam en charge du réseau, le service médical est resté, au niveau local (6 808 ETPMA en CDI, dont 1 650 praticiens conseils et 5 158 personnels administratifs en 2019), un service déconcentré de la caisse nationale, organisé à un double niveau : régional, celui des directions régionales du service médical-DRSM (pilotage, mutualisations des moyens humains et des fonctions support, gestion de certaines procédures) ; et départemental, celui des échelons locaux du service médical-ELSM (contrôles, entretiens confraternels, etc.).

⁵³² Par le passé, les déclarations annuelles papier de données sociales étaient saisies afin de reporter les salaires à la fois aux comptes des assurés pour ouvrir des droits à la retraite et aux comptes des employeurs pour calculer les taux de cotisation AT-MP.

⁵³³ L'organisation territoriale de l'activité de fixation des taux de cotisation AT-MP se concentre : depuis 2018, elle est structurée en six inter-régions, comporte un dispositif d'entraide entre caisses et s'accompagne du partage de compétences d'expertise.

⁵³⁴ La désimbrication des fonctions support, notamment de l'informatique, constituera cependant un point d'attention.

Malgré des progrès récents, ce mode d'organisation, lié à l'attachement des médecins conseils à l'indépendance de leur pratique, ne facilite pas le travail en commun avec les services administratifs des CPAM. Le service médical a pris un retard important par rapport à ces dernières dans le développement d'une culture du *reporting* et du management par objectif. Le déploiement du nouvel outil informatique de gestion des activités du service médical, du projet « missions, organisation et performance » du service médical et du système de management intégré, qui couvre ce dernier, doit contribuer à améliorer ses performances.

Au niveau régional, l'assurance maladie s'est dotée de directions de la coordination de la gestion du risque (DCGDR), légères (une dizaine d'agents), sans personnalité juridique et animées soit par un directeur de CPAM, soit, plus rarement, par le DRSM. Dans toutes les régions, le binôme DCGDR-DRSM doit impulser une dynamique régionale de la gestion du risque en facilitant les liaisons médico-administratives.

Une tension apparaît toutefois entre un réseau, celui des CPAM, resté départemental, et le développement d'une gestion régionale du risque. Le service médical, avec ses propres difficultés, est tiraillé entre sa participation à cette gestion et le développement des synergies avec les CPAM, ce qui peut provoquer des conflits d'objectifs dans le contexte de ressources médicales tendues.

Il n'est pas certain que la volonté de la Cnam de développer les synergies médico-administratives suffise à résoudre les difficultés identifiées, d'autant que la comparaison avec le modèle intégré de la mutualité sociale agricole⁵³⁵ distingue positivement ce dernier. De fait, conserver deux organisations parallèles complexifie la gestion d'équipes mixtes et double les fonctions support.

Le service médical ne doit pas rester durablement à l'écart des principales évolutions apportées à l'organisation des activités des caisses primaires. La Cnam devra évaluer si les évolutions apportées au fonctionnement du service médical sont suffisantes, et le cas échéant s'interroger à nouveau sur l'opportunité d'un rattachement des ELSM aux CPAM.

⁵³⁵ Cour des comptes, *La mutualité sociale agricole*, rapport public thématique, mai 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

III - Déployer une nouvelle organisation de la production dans le cadre national

Si la relation de service de proximité pour les usagers et la construction de partenariats avec les collectivités locales et les associations est ancrée sur un territoire donné, les systèmes d'information permettent toujours plus facilement, comme le montre le développement de l'entraide, de traiter la plus grande partie des opérations en tout point du territoire.

La mue progressive du service public de la sécurité sociale d'une gestion industrialisée de réglementations et de pièces en une activité essentiellement de services et d'accompagnement des parcours de vie des assurés doit emporter des changements profonds des moyens, des emplois et des organisations des caisses de sécurité sociale.

Alors que les ressources humaines des branches se font plus rares (voir encadré), la stabilité de leur organisation actuelle en un grand nombre de caisses et de sites n'en assure pas l'emploi le plus efficace. Les marges de manœuvre se situent dans l'affectation géographique des futurs recrutés, dans la redistribution des activités entre caisses, dans le regroupement de ces dernières et dans le développement des coopérations entre branches.

Les objectifs de réduction d'effectifs entre 2018 et 2022

Entre 2013 et 2017, les effectifs des branches maladie, famille et vieillesse ont baissé de près de 6 % en cumul (soit 6 105 emplois), cette réduction étant principalement concentrée sur la branche maladie.

La baisse des effectifs permanents des branches, prévue par les conventions avec l'État pour la période 2018-2022, doit se poursuivre à un rythme en apparence moins soutenu à l'horizon 2022 (-4 % sur la période, soit 4 507 emplois permanents, dont un gain de 855 ETP pour la branche vieillesse), sous l'effet de l'intégration de salariés d'autres régimes, notamment le RSI. À champ constant, la contraction atteindra néanmoins un niveau substantiel, de l'ordre de 9,3 % en six ans (soit 10 176 emplois, dont 7 706 pour la branche maladie, soit -11,9 % par rapport à la cible alors fixée pour 2017, 1 700 pour la branche famille, soit -5,3 % et 770 pour la branche vieillesse, soit -6,1 %).

L'ampleur de l'effort attendu de réduction d'effectifs accentue les interrogations sur le bien-fondé de la permanence du schéma d'organisation en vigueur des réseaux de caisses locales.

A - Rééquilibrer plus fortement la charge d'activité et consolider les métiers et les expertises

1 - Un périmètre minimal d'activités communes à toutes les caisses à définir plus étroitement

Malgré les trajectoires de réduction d'effectifs et les mutualisations qui les ont accompagnées, la caisse locale généraliste, compétente à l'égard de la population d'assurés ou d'allocataires résidant sur son territoire pour la plupart des droits et des prestations relevant de la branche, est demeurée la pierre angulaire de l'organisation des branches du régime général.

Ainsi, toutes les CPAM demeurent compétentes sur un champ d'activités tenu pour incompressible : gérer les droits des assurés résidant sur leur territoire à la protection universelle maladie de base et à la complémentaire santé solidaire, les prises en charge de leurs frais de santé et, sauf exception, les indemnités journalières qui leur sont versées au titre des trois risques maladie, maternité et AT-MP.

De même, chaque Caf est restée compétente sur les dossiers des foyers d'allocataires de son ressort géographique et traite ainsi les déclarations et justificatifs produits par ces derniers, ainsi que les informations transmises par les partenaires administratifs.

Dans la branche vieillesse, toutes les caisses ont conservé la responsabilité de l'attribution et de la révision de l'ensemble des droits propres et dérivés, des majorations (par exemple pour enfant à charge) et des allocations (comme celles du minimum vieillesse), ainsi que des régularisations de carrière qui précèdent l'attribution des droits propres.

Une redéfinition du périmètre minimal des missions communes à toutes les caisses est nécessaire pour redéployer des activités dans le cadre national et spécialiser davantage l'activité des différentes caisses locales.

2 - Augmenter la part des mutualisations obligatoires, élargir le périmètre des mutualisations et spécialiser davantage les caisses

Pour maintenir les métiers et expertises et garantir des équipes d'une taille suffisante, il convient d'amplifier la spécialisation des caisses locales sur certains processus, en élargissant le périmètre des activités gérées en commun au-delà des mutualisations actuelles. En outre, les mutualisations obligatoires doivent avoir une place accrue, sur le modèle de Tram.

Certaines activités, bien que considérées comme constitutives de l'identité des caisses, ne sont qu'exceptionnellement traitées en face à face avec les assurés et pourraient l'être dans un autre ressort que le département (maladie et famille) ou la région où résident les assurés (retraite). C'est le cas, par exemple, de la gestion des bénéficiaires ou du calcul des indemnités journalières dans les CPAM ; des régularisations de carrière en amont de la liquidation des droits dans la branche vieillesse ; du traitement des déclarations de ressources et des justificatifs que les allocataires adressent aux Caf à la suite de la détection d'incohérences dans leur situation par des contrôles automatisés.

De plus, les activités déjà mutualisées paraissent elles aussi comporter des possibilités supplémentaires de centralisation sur un nombre plus réduit de caisses. Depuis 2016, les schémas régionaux Tram ont réduit de près de moitié le nombre de pôles, relevant de CPAM, en charge des recours contre tiers (de 65 à 35), de l'invalidité (de 51 à 28) et des rentes AT-MP (de 51 à 24), et de plus de 80 % le nombre de plateformes de services employeurs (de 81 à 13) et de pôles de gestion des oppositions (de 102 à 13). Cette démarche a vocation à être poursuivie.

Pour l'ensemble des droits et prestations, déjà mutualisés ou non, l'acquisition des données relatives à la situation des allocataires et des assurés par l'intermédiaire du dispositif ressources mutualisé, mis en place pour la réforme des aides au logement et alimenté par des tiers de confiance⁵³⁶, permettrait d'alléger la charge de travail et, ce faisant, de concentrer la production sur un nombre plus réduit de caisses et de sites.

3 - Redistribuer plus fortement les activités dans le cadre national

En dépit des efforts menés ces dernières années par les caisses nationales, des écarts de coûts et de qualité de gestion demeurent entre les caisses locales. Ils ont pour origine des situations particulières ou des déséquilibres plus structurels dans la répartition territoriale de la charge d'activité et des moyens mis en œuvre pour l'assumer.

Ces déséquilibres plaident en faveur d'un transfert plus ample de segments d'activités de caisses en difficulté structurelle, parfois en raison de leur grande taille ou des caractéristiques socioéconomiques de leurs bassins d'emploi et de vie, vers d'autres caisses choisies en fonction de leur performance, de leur moindre sollicitation et de leur capacité à recruter de jeunes collaborateurs formés dans des bassins d'emplois dynamiques.

⁵³⁶ Voir chapitre IX.

À cette fin, il convient que les caisses nationales transfèrent des autorisations d'emplois « libérées » par des départs à la retraite à ces autres caisses. Dans la branche famille, le « jumelage » optionnel entre deux caisses, aujourd'hui peu développé, pourrait amorcer cette évolution. Dans l'ensemble des branches, la mise en œuvre d'une gestion prévisionnelle des emplois, des compétences et des organisations à cinq et dix ans est indispensable, comme la Cour l'a recommandé⁵³⁷, afin d'orienter les choix de recrutement et de formation, appréhendés au niveau des territoires.

B - Regrouper les organismes locaux

Les transferts d'activités aux petites caisses ne permettront pas, dans tous les cas, le maintien d'un niveau d'activité suffisant pour justifier celui de personnalités juridiques distinctes et des frais de structure qui leur sont liés. Des regroupements organiques ou fonctionnels seront nécessaires.

1 - Fusionner certaines Caf et CPAM à l'échelle départementale

En 2009, a été créée la caisse commune de sécurité sociale (CCSS) de Lozère, multi-branches⁵³⁸. Des expériences de rapprochement entre Caf et CPAM sont en cours dans les Hautes-Alpes, avec une organisation intégrée depuis 2017, et dans le Cantal, avec un directeur commun.

La création de caisses communes peut préserver l'existence et les emplois d'organismes de plein exercice sur des territoires isolés, procurer aux assurés et allocataires un guichet unique couvrant l'ensemble des droits et prestations et permettre des simplifications de gestion. De plus, la mutualisation des fonctions d'accueil, de l'encadrement supérieur et des fonctions support favorise la maîtrise des coûts de gestion.

La CCSS de Lozère a développé des synergies entre branches en matière de relations avec les assurés, simplifié la gestion de ses instances internes et atteint la plupart de ses objectifs de qualité de service pour un coût maîtrisé. Cependant, la réunion des activités maladie, famille et

⁵³⁷ Cour des comptes, « La gestion du personnel des organismes de sécurité sociale : une stratégie de modernisation à définir sans tarder », in *La Sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2016, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁵³⁸ En Lozère, les organismes du régime général de sécurité sociale partagent, depuis leur création, pour la gestion des risques maladie, famille et recouvrement une direction commune. La CCSS gère les activités maladie et famille sous sa responsabilité. Le recouvrement est piloté par l'Urssaf Languedoc-Roussillon.

recouvrement propres à ce territoire faiblement peuplé ne suffit pas à lui fournir une activité suffisante. À titre principal (53 % des effectifs), celle-ci est assurée par des tâches pour le compte d'autres Caf et CPAM. Grâce à ces nouvelles activités, la part des salariés affectés aux fonctions support a pu être réduite de 20 % en 2008 à 10 % en 2019.

Plus fondamentalement, les caisses communes doivent répondre aux objectifs fixés par plusieurs branches et utiliser les systèmes d'information cloisonnés mis à leur disposition par ces dernières. Ce fonctionnement multi-branches n'apporte pas en soi de réponse à l'absence de taille critique des équipes spécialisées et à la difficulté à maintenir des expertises éprouvée par les caisses de petite taille. En revanche, il risque d'affaiblir le pilotage national des activités⁵³⁹, pour des synergies métier somme toute limitées en l'état actuel des coopérations nationales entre branches.

À ce jour, le rapprochement des Caf et des CPAM – à la demande des conseils des caisses et facilité par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020⁵⁴⁰ – ne paraît donc pas constituer la solution cible pour la quarantaine de départements ruraux faiblement peuplés, mais devoir être réservée à des situations particulières.

2 - Créer des caisses interdépartementales de branche

Le regroupement au sein de chaque réseau, dans un cadre interdépartemental, de caisses de territoires faiblement peuplés permettrait de procurer une masse critique d'activités aux caisses maintenues et d'engendrer des gains sur les fonctions inhérentes à l'existence d'une personnalité morale des caisses⁵⁴¹.

⁵³⁹ À propos des difficultés des caisses générales de sécurité sociale, multi-branches, voir Cour des comptes, « Les caisses de sécurité sociale en Guadeloupe, en Guyane et en Martinique : un redressement impératif », in *La Sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁵⁴⁰ La condition de classement en zone de revitalisation rurale de toutes les communes a été supprimée.

⁵⁴¹ Gestions budgétaire et comptable, suivi de la contractualisation et de la performance globale, pouvoir adjudicateur, obligations de l'employeur et gouvernance locale (conseils et conseils d'administration). Les fonctions de pilotage et d'aide au pilotage liées à la personnalité morale représentent respectivement 10 % et 8,5 % des ETP des CPAM et des Caf. Dans les plus petites caisses des deux réseaux, elles mobilisent en moyenne 24 ETP par CPAM et 15 ETP par Caf.

Par rapport aux actuelles caisses départementales de petite taille, qui représentent plus de la moitié des caisses des réseaux de la Cnaf et de la Cnam, les nouvelles structures auraient des équipes de production de taille suffisante et conserveraient une diversité de missions et d'enjeux restant attractive pour de futurs recrutés. Le cas échéant, elles pourraient être mises en réseau, dans le cadre régional, avec d'autres caisses.

À la différence des caisses communes multi-branches, les caisses interdépartementales n'auraient pas à utiliser des systèmes d'information distincts, ni répondre à plusieurs caisses nationales. Leur pilotage par ces dernières ne comporterait pas de différence par rapport aux actuelles caisses départementales.

Pour recueillir l'adhésion et être efficace, les caisses interdépartementales de branche devraient respecter les délimitations régionales, spécialiser les sites maintenus, conserver des accueils physiques dans tous les départements et ne pas réduire la présence de l'institution sécurité sociale auprès des acteurs départementaux.

3 - Faire jouer un rôle accru au niveau régional

Les sujets d'intérêt commun entre caisses ont vocation à être mieux coordonnés au niveau régional au fur et à mesure que leur spécialisation va se renforcer. Certains points d'appui existent déjà :

- le développement de la gestion régionale du risque dans l'assurance maladie ;
- une régionalisation partielle de la production des prestations de la branche famille (dans le cadre d'ateliers régionaux d'entraide dotés de 100 ETP au total) ;
- la mise en place de comités régionaux de directeurs de Caf, qui doivent établir une gestion prévisionnelle régionale des emplois et des compétences.

Ils ont vocation à être renforcés afin de favoriser une homogénéité accrue dans la mise en œuvre des politiques nationales, contribuer à la diffusion de projets, de pratiques et d'outils communs et en répartir les coûts de conception et de mise en œuvre entre les caisses.

Par ailleurs, les expertises rares devraient être davantage mutualisées dans le cadre régional, grâce à une mise en réseau facilitée par le travail à distance : aide au pilotage (statisticiens, démographes, contrôleurs de gestion), communication, graphisme, ressources humaines (recrutement, gestion prévisionnelle des emplois et des compétences,

accompagnement individuel), fonction juridique, formation ou encore achats. Ces coopérations permettraient de répondre, de manière pragmatique, à l'inégale répartition de ces expertises entre les caisses locales et à la fragilisation de celles des caisses de petite taille.

C - Des rapprochements entre branches à amplifier

Les Cog 2018-2022 des branches du régime général affirment plus nettement des objectifs de coopération interbranches que par le passé. Les coopérations à mettre en place ou développer ont deux enjeux prioritaires.

1 - La mise en commun de moyens

La mutualisation de moyens entre branches s'est longtemps résumée à des initiatives des caisses locales. Portée par la direction de la sécurité sociale et l'union des caisses nationales de sécurité sociale (Ucanss⁵⁴²), elle a vocation à s'accroître.

Depuis 2017, le rôle de centrale d'achat de l'Ucanss pour le compte du régime général se développe. Ainsi, 58 marchés interbranches étaient en cours en 2018, contre 28 en 2015. Néanmoins, l'adhésion des caisses à certains marchés à forts enjeux reste faible⁵⁴³. Compte tenu par ailleurs de la contraction des marchés passés par les caisses locales au profit de marchés nationaux, il conviendrait d'accélérer la constitution de pôles régionaux d'achats comme a commencé à le faire la branche maladie, et d'étendre leur mission à un encadrement fonctionnel des gestionnaires de marchés et acheteurs des caisses locales.

Depuis 2018, les opérations immobilières des bâtiments communs aux branches du régime général sont pilotées par une seule branche qui agit pour le compte des autres⁵⁴⁴ et les pôles régionaux d'expertise immobilière de la branche maladie (Preci) peuvent être sollicités par les autres branches ; néanmoins, la branche famille a conservé sa propre fonction d'expertise en matière immobilière.

⁵⁴² Organisme de droit privé créé en 1969, il négocie et conclut en tant que fédération d'employeurs les conventions collectives nationales et assure d'autres missions d'intérêt commun aux organismes du régime général.

⁵⁴³ Un quart des CPAM et des Caf n'avaient pas adhéré au marché mutualisé de fourniture d'électricité en 2018, ni 16 % des CPAM au marché mutualisé des titres-restaurant (contre 6 % des Caf et aucune Carsat).

⁵⁴⁴ La branche maladie finance et suit les opérations concernant l'ensemble des CGSS et 24 unions immobilières. La Cnav fait désormais de même pour les Carsat.

2 - La mutualisation de données

De longue date, l'ensemble des organismes sociaux bénéficient des données d'état civil des assurés présentes dans le système national de gestion des identifiants (SNGI) de la Cnav, alimenté par l'Insee.

La mise en place du dispositif ressources mutualisé, en vue d'assurer l'attribution et le calcul des aides au logement en fonction des ressources du dernier trimestre (et non plus des revenus fiscaux de l'année n-2)⁵⁴⁵, doit permettre à la branche famille, mais aussi à l'assurance maladie, de fiabiliser à la source les données prises en compte pour attribuer et calculer un grand nombre de droits et de prestations⁵⁴⁶, et de limiter les demandes de déclarations et de pièces justificatives aux assurés et aux allocataires. L'identification de ces derniers par France Connect⁵⁴⁷ a le même objectif.

Ces évolutions doivent aussi améliorer le paiement à bon droit des prestations, en permettant l'automatisation des actes de liquidation à partir d'informations normalisées et fiabilisées et engendrer des gains substantiels de productivité pour les caisses, en réduisant la charge d'activité liée à des activités manuelles de collecte, de traitement et de contrôle des données recueillies.

D'autres évolutions visent à moderniser l'offre de service dans le sens d'un accompagnement plus global et personnalisé. Elles appellent la mise en commun d'informations, mais aussi d'outils et de compétences d'analyse des données collectées (*data literacy*), afin d'appréhender plus finement et de manière transverse les situations de vie ou de droits des assurés (droits connexes, non-recours, etc.).

Le lancement fin 2018 par la Cnaf et la Cnam d'une réflexion conjointe a permis d'identifier des enjeux prioritaires de coopération, notamment l'accueil et l'accès aux droits et le repérage et le suivi des publics fragiles. La traduction de ces orientations est cependant gênée par l'absence d'outil commun de gestion de la relation client.

⁵⁴⁵ Prévue à l'origine au 1^{er} janvier 2019, cette réforme prendra effet au 1^{er} janvier 2021.

⁵⁴⁶ Ensemble des prestations versées par les Caf ; complémentaire santé solidaire, indemnités journalières, pensions d'invalidité et rentes AT-MP pour les CPAM.

⁵⁴⁷ 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. Cette solution n'est toutefois pas utilisée par les services en ligne de la Cnaf, fondés sur une identification par foyer. Une évolution est attendue sur ce point courant 2020.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le modèle de caisse généraliste, dotée de la personnalité juridique, est ébranlé par la montée en puissance du travail en réseau permis par les progrès informatiques, qui permettent de mettre en œuvre en tout point du territoire une part toujours plus grande des activités. L'assurance maladie a réalisé depuis 2014 un effort très significatif de développement de ce mode d'organisation dans un cadre rigoureux.

L'automatisation croissante des tâches de traitement des dossiers permises par la modernisation des systèmes d'information et le développement des outils nationaux de pilotage de ces activités fournissent l'opportunité de repenser l'organisation territoriale des réseaux de caisses, tout en maintenant un ancrage territorial de proximité suffisant, nécessaire à la qualité de la relation avec les bénéficiaires des prestations.

Au-delà des mutualisations déjà mises en œuvre, dont l'ensemble des conséquences doivent être tirées quand les transferts d'activité ont un caractère définitif, il convient de redéfinir le périmètre des missions que doivent obligatoirement exercer les caisses d'un même réseau : la gestion d'un nombre plus réduit de processus distincts, incluant la relation de proximité avec les assurés et les allocataires ; la mise en œuvre de partenariats avec les autres branches, les collectivités locales et les associations, afin notamment de favoriser le recours aux droits ; un rôle de force de proposition auprès des caisses nationales au vu des opportunités et des difficultés que fait apparaître la gestion des droits et des prestations.

Cette redéfinition doit permettre de redéployer plus largement les activités entre les caisses locales d'un même réseau. Au-delà, il convient de resserrer les réseaux de caisses eux-mêmes, en fusionnant des caisses de petite taille en leur sein, dont la viabilité en tant qu'organismes autonomes est de plus en plus fragilisée par la baisse globale des effectifs des organismes sociaux. Il est par ailleurs nécessaire de traiter les difficultés particulières que suscite l'organisation d'une partie des activités de l'assurance maladie (service médical, service social, prévention et tarification des accidents du travail - maladies professionnelles et service médical).

Enfin, il convient de réexaminer les prérogatives des conseils d'administration des caisses locales au vu de la réalité d'un encadrement de plus en plus étroit de l'exercice de leurs missions par les outils, les procédures et les objectifs définis ou mis à leur disposition par les caisses nationales.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 25. redéfinir les missions exercées par l'ensemble des caisses de sécurité sociale, en les spécialisant sur la gestion d'un nombre plus limité de processus, la mise en œuvre de partenariats locaux et la proposition d'évolutions des outils et procédures de gestion (ministère chargé de la sécurité sociale et caisses nationales du régime général) ;*
 - 26. resserrer les réseaux de caisses locales en créant, notamment dans les territoires peu peuplés, des caisses interdépartementales par branche, ou exceptionnellement des caisses départementales interbranches, et redistribuer plus fortement les activités des caisses de grande taille dont la qualité de service est dégradée vers celles affichant des performances satisfaisantes (ministère chargé de la sécurité sociale et caisses nationales du régime général) ;*
 - 27. mener à leur terme les transferts à d'autres caisses des processus de gestion propres à certains droits et prestations, en transférant également aux caisses délégataires le contrôle, le paiement et la comptabilisation des opérations qui s'y rapportent (ministère chargé de la sécurité sociale et caisses nationales du régime général) ;*
 - 28. afin d'amplifier les synergies, rattacher le service social de l'assurance maladie à l'ensemble des CPAM et les services de tarification et de prévention des AT-MP à la CPAM du chef-lieu de région, ce qui conduira à faire des Carsat des caisses compétentes uniquement pour la retraite (ministère chargé de la sécurité sociale, Cnam et Cnav) ;*
 - 29. fixer, à l'instar des conseils des CPAM, une liste limitative d'attributions pour les conseils d'administration des Caf, Carsat et CGSS et, pour l'ensemble des conseils, des listes limitatives de commissions (ministère chargé de la sécurité sociale) ;*
 - 30. définir un socle obligatoire de coopérations interbranches nationales et locales, couvrant notamment les fonctions support, la mesure de la productivité et le déploiement d'outils communs de gestion de la relation client afin de promouvoir des parcours communs pour les assurés et allocataires (ministère chargé de la sécurité sociale et caisses nationales du régime général).*
-

Chapitre XI

Le réseau des Urssaf : un élargissement continu des missions, de nombreux chantiers inaboutis

PRÉSENTATION

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

Les Urssaf ont deux missions principales : l'encaissement le plus complet et rapide, en dernier recours par des actions de recouvrement forcé, des prélèvements qui ont été déclarés par les cotisants (ou leurs experts-comptables) ou qui résultent des redressements qu'elles ont effectués ; la recherche de l'exhaustivité des montants déclarés, par l'accompagnement des cotisants dans leurs formalités déclaratives et le contrôle de leur situation, afin notamment de détecter le travail dissimulé.

Parallèlement à l'unification de la collecte dans la sphère fiscale, le réseau des Urssaf devient, comme la Cour l'a recommandé⁵⁴⁸, le collecteur quasi-exclusif des prélèvements sociaux. Après le transfert en 2011 de la collecte des contributions d'assurance chômage puis en 2018 des missions de collecte de l'ex-régime social des indépendants (RSI), la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a prévu de nouveaux transferts d'ici 2023, notamment celui en 2022 des cotisations de retraite complémentaire obligatoire des salariés (Agirc-Arrco).

Les missions du réseau des Urssaf s'approprient ainsi à connaître un nouvel élargissement alors que plusieurs de ses chantiers sont en cours, qu'il s'agisse de la rénovation du système d'information, de la fiabilisation de certains processus de gestion et du renforcement de la maîtrise des risques financiers qui leur sont liés⁵⁴⁹, de l'optimisation des implantations territoriales, ou encore de l'exploitation massive des données par salarié de la déclaration sociale nominative (DSN), à peine engagée.

L'extension à venir du périmètre de ses missions représente un nouveau défi pour le réseau des Urssaf (I). Elle intervient alors que subsistent d'importantes marges de progression dans le cadre de l'organisation actuelle de la collecte (II). Cette organisation doit elle-même évoluer afin de mieux accompagner les cotisants dans leurs déclarations et de lutter plus efficacement contre la fraude aux prélèvements sociaux (III).

⁵⁴⁸ Cour des comptes, *Simplifier la collecte des prélèvements versés par les entreprises*, rapport public thématique, La Documentation française, juillet 2016, 273 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

⁵⁴⁹ Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale, exercice 2019*, La Documentation française, mai 2020, 146 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

I - Une place de plus en plus centrale dans la collecte des prélèvements sociaux

Déjà responsable d'une part prépondérante de la collecte des prélèvements sociaux, le réseau des Urssaf va prendre en charge d'ici 2023 la collecte de nombreux prélèvements supplémentaires, tandis que de nouveaux rapprochements avec la sphère fiscale apparaissent souhaitables.

A - Un rôle déterminant dans le financement de la protection sociale

Le réseau des Urssaf (13 779 emplois en 2018⁵⁵⁰) se compose d'un établissement public national, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos), et de 27 organismes locaux dotés de la personnalité juridique : 22 Urssaf métropolitaines, 4 caisses générales de sécurité sociale (CGSS) en outre-mer et la caisse de sécurité sociale de Mayotte (voir carte n° 5). En 2018, les sept centres informatiques régionaux (Certi), qui avaient la personnalité juridique, ont été intégrés à l'Acos.

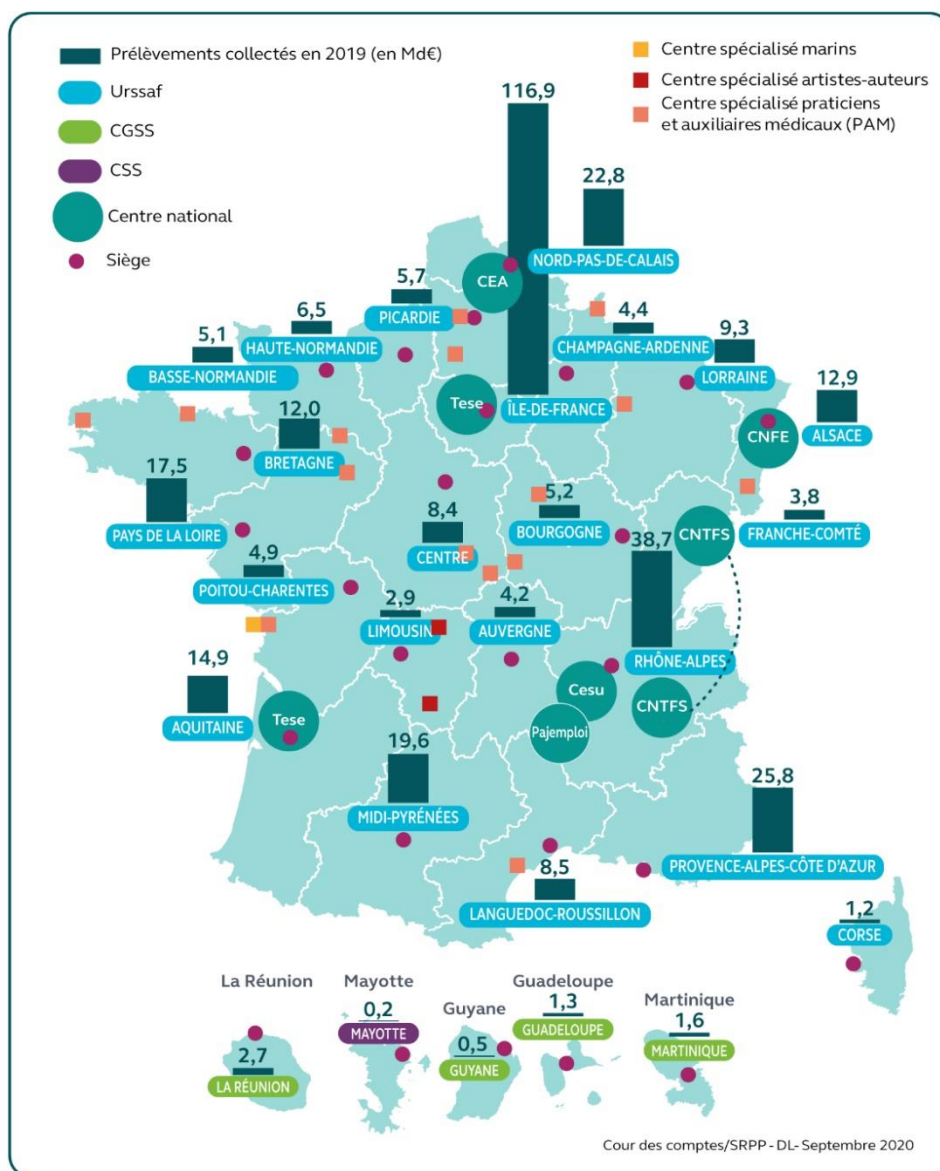
L'Acos définit les orientations nationales du recouvrement des prélèvements sociaux, vérifie leur mise en œuvre par les organismes locaux, gère les systèmes d'information et assure l'application homogène des règles relatives aux prélèvements. Son directeur nomme les directeurs des organismes locaux.

Le réseau comprend en outre huit centres nationaux spécialisés rattachés à une Urssaf pour la gestion d'offres déclaratives simplifiées pour les particuliers employeurs, les petites entreprises et les associations, et de catégories particulières de cotisants⁵⁵¹.

⁵⁵⁰ Exprimés en équivalents temps plein moyens annuels (ETPMA).

⁵⁵¹ Centre national du Chèque emploi service universel (Rhône-Alpes) et centre national Pajemploi (Auvergne) ; deux centres nationaux de gestion du Titre emploi service entreprise (Tese) (Aquitaine, Île-de-France) ; centre national Chèque emploi associatif (CEA) (Nord-Pas-de-Calais) ; centre national Firmes étrangères (Alsace) et deux centres nationaux de gestion des prélèvements sociaux des travailleurs frontaliers exerçant en Suisse (Rhône-Alpes et Franche-Comté).

**Carte n° 5 : répartition géographique des organismes locaux
et des centres nationaux spécialisés**



Lecture : Cesu : Chèque emploi service universel ; Tese : Titre emploi service entreprise ; CEA : Chèque emploi associatif ; CNFE : centre national firmes étrangères ; CNTFS : centres nationaux de gestion des prélèvements sociaux des travailleurs frontaliers exerçant en Suisse.

Note : à la différence des centres nationaux, les centres spécialisés assurent la gestion de certaines catégories de cotisants de manière mutualisée entre plusieurs Urssaf, mais sans atteindre le niveau national.

Source : Cour des comptes, à partir de données transmises par l'Acoss

En 2019, le réseau des Urssaf a procédé à la collecte de 357,5 Md€ de prélèvements sociaux⁵⁵² auprès de 9,5 millions de cotisants, dont 2,1 millions d'employeurs de salariés, 3,5 millions de travailleurs indépendants et 3,4 millions de particuliers employeurs. L'Urssaf Île-de-France assurait à elle seule la collecte d'environ un tiers de ces prélèvements et les quatre plus grandes Urssaf⁵⁵³ de près des deux tiers. Au-delà de l'hétérogénéité du tissu économique local, la centralisation croissante dans le cadre national de la collecte des prélèvements sociaux des entreprises de grande taille contribue à expliquer cet état de fait (voir II – C – *infra*).

Ces prélèvements étaient composés notamment de 206,7 Md€ de cotisations sociales du régime général, de 94,8 Md€ de contribution sociale généralisée (CSG), de 23,0 Md€ de contributions chômage et de 5,3 Md€ de contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Ils sont reversés à plus de 800 attributaires⁵⁵⁴, dont les principaux sont les trois caisses nationales du régime général (Cnaf, Cnam et Cnav), le fonds de solidarité vieillesse (FSV), la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), l'Unédic et l'État⁵⁵⁵.

Le réseau des Urssaf est ainsi le premier collecteur de la sphère sociale, suivi de loin par la fédération Agirc-Arrco (70,3 Md€ en 2019) et la Mutualité sociale agricole (16,3 Md€ en 2018).

B - De nombreuses extensions du périmètre de collecte à réussir d'ici 2023

Les reprises de collecte déjà intervenues et celles prévues par la LFSS 2020 vont faire du réseau des Urssaf le collecteur quasi-exclusif des prélèvements sociaux. Ces opérations représentent des défis importants, s'agissant notamment de la collecte des cotisations de retraite complémentaire.

⁵⁵² Outre ce montant, correspondant aux prélèvements effectivement collectés par le réseau des Urssaf, l'Acoss centralise par ailleurs, en vue de leur versement à leurs attributaires, d'autres prélèvements collectés par l'État et d'autres organismes sociaux.

⁵⁵³ Île-de-France, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Nord-Pas-de-Calais.

⁵⁵⁴ Une grande partie des attributaires est constituée des 342 (en 2018) autorités organisatrices de la mobilité, attributaires du versement transport.

⁵⁵⁵ Au titre de la cotisation au Fonds national d'aide au logement (Fnal).

1 - Une attribution quasi-achevée de l'ensemble des tâches de collecte des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants

La collecte des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants, c'est-à-dire des artisans-commerçants et des professions libérales, est très majoritairement assurée par le réseau des Urssaf (28 Md€ sur 37 Md€ environ en 2019).

Depuis 2018, la collecte des prélèvements sociaux des artisans-commerçants est intégralement confiée au réseau des Urssaf. Cette évolution marque l'ultime étape de l'unification de la collecte des artisans-commerçants, après l'instauration du RSI en 2006, puis du dispositif dit de l'interlocuteur social unique (Isu) en 2008, partagé entre le réseau des Urssaf et le RSI⁵⁵⁶ (voir tableau ci-après).

Tableau n° 31 : unification de la collecte des prélèvements sociaux des artisans-commerçants

Prélèvement	Avant 2006	2006-2007	2008-2017	Depuis 2018
Cotisations retraite	Ava Organic	RSI	Isu (RSI-Urssaf)	Urssaf
Cotisations maladie	Assurance maladie des professions indépendantes			
Cotisations famille, CSG-CRDS, contribution formation professionnelle	Urssaf	Urssaf		

Source : Cour des comptes

La collecte des cotisations maladie des professions libérales a également été transférée en 2018 au réseau des Urssaf⁵⁵⁷.

Désormais, seule reste hors du périmètre des Urssaf la collecte des cotisations de retraite des professions libérales réglementées⁵⁵⁸, hors micro-entrepreneurs, soit 8 Md€ en 2018.

⁵⁵⁶ Dans le cadre de l'Isu, la responsabilité juridique de la collecte relevait du RSI, certaines tâches essentielles étant cependant confiées au réseau des Urssaf, avant que cette responsabilité devienne conjointe aux deux réseaux en 2017.

⁵⁵⁷ Article 13 de la LFSS 2016. La collecte était auparavant déléguée par le RSI à des mutuelles et à un groupement d'assurance.

⁵⁵⁸ Soit les personnes affiliées à la Caisse nationale des barreaux français (CNBF) et celles affiliées aux régimes d'assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales énumérées à l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale.

2 - L'unification progressive de la collecte des prélèvements sociaux des employeurs de salariés

Quant aux employeurs de salariés, la LFSS 2020 a prévu d'ici 2023 le transfert au réseau des Urssaf de la collecte des cotisations de retraite complémentaire obligatoire (Agirc-Arrco) et d'autres prélèvements qui, cumulés aux prélèvements déjà transférés depuis 2018, représentent un montant supplémentaire de collecte d'un peu plus de 110 Md€ (voir tableau ci-après)⁵⁵⁹.

Tableau n° 32 : transferts de collecte prévus au réseau des Urssaf entre 2018 et 2023 hors travailleurs indépendants

Prélèvements transférés	Montant en 2019 (en Md€)	Date prévue*
Transferts prévus par la LFSS 2020 (article 18)		
Cotisations de retraite complémentaire obligatoire des salariés	69,2**	2022
Cotisations de retraite des agents de la fonction publique collectées par la Caisse des dépôts et consignations (CNRACL, Ircantec et régime additionnel de la fonction publique)	26,6	2023
Cotisations d'assurance maladie des salariés des industries électriques et gazières (IEG)	0,3	2020
Cotisations de retraite des salariés des IEG	3,7	2022
Cotisations de retraite des clercs et employés de notaires	1,3	2023
Cotisations de retraite des ministres des cultes	0,1	2023
Cotisations de retraite et d'assurance maladie des marins	0,2	2020-2021
Autres transferts		
Cotisations et contributions sociales des voyageurs, représentants, placiers (VRP) à cartes multiples (décret du 12 décembre 2017)	n.d.	2018
Cotisations à la formation professionnelle des collectivités territoriales (CNEPT) (LFR 2017)	0,4	2019
Cotisations et contributions sociales des artistes-auteurs (Maison des artistes et Agessa) (LFSS 2018)	0,2	2019-2020
Obligation d'emploi des travailleurs handicapés (loi du 5 septembre 2018 « Avenir professionnel »)	0,4	2021
Contributions légales et conventionnelles à la formation professionnelle et à l'apprentissage (loi du 5 septembre 2018)	9,1	2021 puis reporté à 2022

* La date prévue correspond à l'année de mise en œuvre opérationnelle du transfert de collecte, qui peut être postérieure à la période d'activité à laquelle elle s'applique.

** Ce montant est inférieur à celui mentionné supra, dans la mesure où il ne comprend pas les cotisations de Nouvelle-Calédonie, de Monaco et des expatriés, la collecte de ces dernières n'ayant pas vocation à être transférée aux Urssaf.

Source : Cour des comptes

⁵⁵⁹ S'il ne s'agit pas au sens strict d'un transfert de collecte, le réseau des Urssaf est également chargé de la mise en œuvre d'ici 2021 de la modulation dans certains secteurs des contributions chômage en fonction du taux de séparation dans l'entreprise.

Après le transfert en 2011 de la collecte des contributions d'assurance chômage aux Urssaf, la collecte de la quasi-totalité des prélèvements sociaux dus au titre de l'emploi de salariés ou assimilés des secteurs privé et public sera alors unifiée.

Toutes catégories de cotisants confondues, seuls resteront en dehors du champ de compétence du réseau des Urssaf, les prélèvements relatifs aux salariés et non-salariés du régime agricole collectés par la MSA⁵⁶⁰, les cotisations de retraite des professions libérales réglementées et d'autres prélèvements ponctuels au titre de salariés⁵⁶¹, soit 5 % environ des prélèvements sociaux.

Ces transferts auront d'importantes répercussions sur l'organisation de la collecte et la planification des projets informatiques du réseau des Urssaf, dont le recensement est encore incomplet. Ils justifieront de simplifier certaines règles dont la complexité pourrait rendre plus difficile la mise en œuvre des processus de collecte, notamment le recouvrement forcé ; ces règles concernent notamment l'assujettissement aux contributions à la formation professionnelle et à l'apprentissage.

3 - Une reprise de la collecte des cotisations de retraite complémentaire obligatoire des salariés à sécuriser

Recommandé par la Cour⁵⁶², le transfert aux Urssaf d'ici 2022 de la collecte des cotisations de retraite complémentaire obligatoire des salariés (Agirc-Arrco) permettra la mise en place pour les cotisants d'un interlocuteur unique au titre des cotisations de base et complémentaires, la réalisation de gains d'efficience et la prise en compte effective des cotisations de retraite complémentaire dans le cadre des contrôles sur pièces et sur place des Urssaf⁵⁶³.

⁵⁶⁰ Voir Cour des comptes, *La Mutualité sociale agricole*, rapport public thématique, La Documentation française, mai 2020, 162 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

⁵⁶¹ Il s'agit des cotisations de retraite des régimes dont l'ensemble des assurés relèvent d'un seul employeur (dont la RATP), des cotisations de retraite des régimes comptant moins de 500 employeurs redevables et acquittant globalement moins de 500 M€ de cotisations par an (principalement des régimes de retraite fermés, dont celui des mines) et la cotisation supplémentaire de retraite sur les émoluments et honoraires des notaires.

⁵⁶² Voir le rapport précité sur la collecte des prélèvements versés par les entreprises.

⁵⁶³ Bien que prévue par la LFSS 2007, la délégation aux Urssaf du contrôle des cotisations de retraite complémentaire n'a jamais été appliquée.

Dans le régime Agirc-Arrco, les droits à la retraite complémentaire des salariés sont fonction du montant des cotisations déclarées par leurs employeurs. Pour sécuriser les droits à la retraite, l'Agirc-Arrco recalcule les cotisations par salarié à partir notamment de leurs données de rémunération déclarées par la déclaration sociale nominative (DSN). Ces opérations de fiabilisation, essentielles à l'exactitude des droits des salariés au regard des cotisations, doivent impérativement être préservées.

Or, le système d'information des Urssaf n'est pas aujourd'hui en mesure de réaliser des contrôles automatisés de cohérence à grande échelle entre les données déclarées par salarié dans la DSN. En effet, la collecte des prélèvements par les Urssaf repose encore principalement sur l'exploitation de données agrégées, par établissement, de la DSN et non sur celles, individuelles, déclarées pour chaque salarié (voir III - B - *infra*).

Afin de surmonter cette difficulté, il est prévu que les Urssaf réalisent la plupart des tâches de collecte, mais que le recalcul des cotisations de retraite complémentaire par salarié soit réalisé par des salariés de l'Agirc-Arrco mis à leur disposition, à l'aide des outils informatiques de l'Agirc-Arrco⁵⁶⁴. À la lumière des expériences passées, en particulier du dispositif de l'Isu précité pour les artisans-commerçants⁵⁶⁵, cette organisation duale fait peser des risques significatifs sur le bon enchaînement des différentes étapes de la collecte des cotisations.

Outre le rapprochement préalable des bases de comptes cotisants entre les deux réseaux, il convient donc de s'assurer que la collecte des cotisations de retraite complémentaire peut être effectuée dans de bonnes conditions, sans risque opérationnel excessif, tout en préservant impérativement le recalcul des cotisations par salarié. Si tel n'était pas le cas, le transfert devrait être différé jusqu'à la mise en place d'une organisation unifiée.

⁵⁶⁴ Comme décrit dans l'étude d'impact annexée au PLFSS 2020.

⁵⁶⁵ Pour une présentation détaillée des dysfonctionnements rencontrés lors de la mise en place de l'Isu, voir Cour des comptes, « Le régime social des indépendants et l'interlocuteur social unique », in *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2012*, p. 197-230, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

C - Des rapprochements à amplifier avec la sphère fiscale

Sans attendre la constitution éventuelle d'une agence unique du recouvrement (voir encadré), le réseau des Urssaf et l'administration fiscale doivent coordonner beaucoup plus étroitement leur action.

Le projet d'agence du recouvrement et la réforme de la collecte des prélèvements obligatoires

Le ministre de l'action et des comptes publics a annoncé en juillet 2018 la création prochaine d'une « agence unique du recouvrement » pour l'ensemble des prélèvements obligatoires. Dans cette perspective, une mission interministérielle dénommée « France Recouvrement » a été instituée en septembre 2019 pour piloter l'unification de la collecte au sein de chacune des deux sphères, sociale et fiscale. S'agissant de cette dernière, les lois de finances pour 2019 et 2020 prévoient le transfert de la collecte d'ici 2022 de 47 Md€ de prélèvements de la DGDDI à la DGFIP.

Au premier semestre 2018, 30 % du total des nouvelles créances en montant de la DGFIP, de la DGDDI et des Urssaf passées en recouvrement forcé⁵⁶⁶ étaient le fait de mêmes entreprises débitrices d'au moins deux de ces trois réseaux. Pour l'essentiel, la coordination en matière de recouvrement se limite néanmoins aux commissions des chefs des services financiers (CCSF), réunissant les représentants des différents réseaux, qui n'examinent qu'un nombre réduit de cas. En outre, il n'existe pas de dispositif de compensation des créances et des dettes fiscales et sociales : ainsi, une entreprise peut bénéficier d'un crédit de TVA alors qu'elle a par ailleurs des dettes sociales, ou inversement.

En matière de contrôle des entreprises, la Cour a recommandé d'harmoniser les moyens d'investigation, de caractérisation et de sanction de la fraude, ainsi que de mise en recouvrement des redressements⁵⁶⁷. L'instauration en novembre 2019 d'un cadre d'échanges entre l'Acoss et la direction nationale d'enquêtes fiscales (DNEF) de la DGFIP va dans ce sens. S'agissant des travailleurs indépendants, la mise en œuvre par les deux réseaux de plans de contrôle coordonnés apparaît nécessaire.

⁵⁶⁶ Sachant cependant que le premier acte juridique engageant le recouvrement forcé des créances est plus précoce pour la DGFIP et la DGDDI que pour les Urssaf.

⁵⁶⁷ Cour des comptes, *La fraude aux prélèvements obligatoires*, communication au Premier ministre, novembre 2019, 201 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

II - Des gains d'efficacité à mobiliser dans le cadre de l'organisation actuelle de la collecte

Alors que le réseau des Urssaf va devenir le collecteur social quasi-exclusif, des marges supplémentaires d'efficacité subsistent pour ce qui concerne la mission de recouvrement des prélèvements déclarés par les cotisants ou issus de redressements, les outils informatiques, ainsi que l'organisation territoriale et les moyens du réseau.

A - Des restes à recouvrer globalement maîtrisés avant la crise sanitaire

Avant la crise sanitaire, la part des créances restant à recouvrer à 15 mois, qui permet d'apprécier la capacité des Urssaf à encaisser les sommes déclarées mais non versées spontanément par les cotisants, était globalement contenue au plan national. Malgré des progrès, la normalisation de la collecte des artisans-commerçants n'était cependant pas encore achevée. La situation du recouvrement dans les départements et régions d'outre-mer appelait fortement l'attention.

1 - Un niveau globalement réduit de restes à recouvrer favorisé ces dernières années par la situation économique

Les restes à recouvrer (Rar) à 15 mois désignent les prélèvements d'un exercice n'ayant toujours pas été encaissés par le réseau des Urssaf au 31 mars de l'exercice suivant. Ils ont atteint 4,2 Md€ au titre de l'exercice 2019 toutes catégories de cotisants confondues, soit 1,2 % des 357,5 Md€ de prélèvements (voir tableau n° 33).

Ce taux a baissé par rapport à 2015 (il atteignait 1,7 %), du fait principalement de la baisse du taux des Rar des travailleurs indépendants, passé entre 2015 et 2019 de 16,8 à 9,6 % pour les artisans-commerçants et de 4,6 à 3,2 % pour les professions libérales. Outre les efforts de gestion du réseau des Urssaf, l'amélioration de la conjoncture économique a contribué à ces évolutions favorables.

Le taux de Rar des travailleurs indépendants continue toutefois à dépasser amplement celui des employeurs de salariés du secteur privé (0,7 % en 2019). En 2019, les indépendants représentaient à cet égard près de 50 % des Rar toutes catégories de cotisants confondues, pour seulement 8 % des prélèvements.

Tableau n° 33 : prélèvements liquidés, restes à recouvrer (Rar) et taux de Rar à 15 mois par catégorie de cotisants au niveau national

	Prélèvements liquidés en 2019 (en M€)	Restes à recouvrer y c. taxations d'office ⁵⁶⁸ en 2019 (en M€)	Taux de Rar y c. taxations d'office (en %)		Taux de Rar hors taxations d'office (en %)	
			2015	2019	2015	2019
Employeurs de salariés du secteur privé	269 260	1 949	0,9 %	0,7 %	0,8 %	0,6 %
Employeurs publics	51 352	153	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0,3 %
Artisans-commerçants	16 693	1 608	16,8 %	9,6 %	8,0 %	5,9 %
Professions libérales	11 355	367	4,6 %	3,2 %	2,0 %	1,8 %
Particuliers employeurs*	325	28	8,1 %	8,7 %	2,9 %	3,1 %
Total**	357 473	4 211	1,7 %	1,2 %	1,1 %	0,8 %

* Hors particuliers employeurs adhérant aux dispositifs simplifiés Cesu et Pajemploi.

** Les montants totaux de prélèvements liquidés et de Rar excèdent la somme des lignes supérieures dans la mesure où ils intègrent des catégories de cotisants résiduelles non représentées dans le tableau (la principale est celle des praticiens et auxiliaires médicaux).

Note : les Rar incluent les créances pour lesquelles des délais de paiement ont été accordés.

Source : Calculs Cour des comptes, à partir de données transmises par l'Acoss

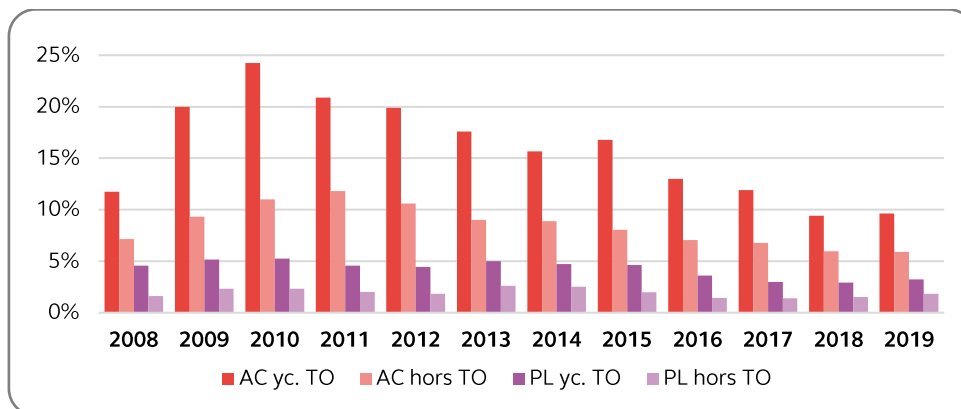
2 - Une normalisation du recouvrement des artisans-commerçants à achever

Du fait de dysfonctionnements majeurs, le dispositif précité de l'interlocuteur social unique (Isu) s'était traduit, entre 2008 et 2010, par une accumulation de données d'identification et de déclarations rejetées par le système d'information des Urssaf et, en l'absence d'intégration de ces données, par des flux élevés de taxations d'office établies à tort et, ce faisant, de créances insusceptibles d'être recouvrées.

Depuis 2011, les Rar des artisans-commerçants s'améliorent graduellement et sont désormais inférieurs aux niveaux constatés en 2008 (voir graphique ci-après). Cependant, le taux de Rar à 15 mois des artisans-commerçants dépasse toujours nettement celui des professions libérales (9,6 % contre 3,2 % en 2019). Cet écart traduit des différences de situation socio-économique entre ces deux catégories de cotisants, mais aussi le maintien de marges de progression dans la collecte des artisans-commerçants.

⁵⁶⁸ Les taxations d'office désignent les prélèvements établis à titre provisionnel, sur la base des dernières rémunérations connues affectées d'une majoration, pour les cotisants n'ayant pas produit de déclaration avant la date limite. Le montant dû est régularisé si le cotisant transmet plus tard une déclaration, à moins qu'il ne règle la taxation d'office.

**Graphique n° 34 : taux de restes à recouvrer à 15 mois
au niveau national par catégorie de travailleur indépendant,
y compris et hors taxations d'office (en %)**



Lecture : AC : artisans-commerçants ; PL : professions libérales ; TO : taxations d'office.

Source : Calculs Cour des comptes, à partir de données transmises par l'Acoss

Sur la période récente, l'envoi des titres exécutoires aux huissiers de justice, chargés de procéder au recouvrement forcé des prélèvements non versés, a régulièrement été interrompu⁵⁶⁹. Par ailleurs, malgré un resserrement du réseau d'études d'huissiers de l'ex-RSI (réduction de 609 à 456 entre janvier 2018 et mars 2019), leurs résultats présentent encore des disparités marquées entre organismes. En 2019, le taux de recouvrement à six mois des titres exécutoires variait entre Urssaf de 41 % en Lorraine à 57 % en Bretagne, pour une moyenne de 51 % en métropole.

Au-delà, le niveau encore élevé des taxations d'office dans le taux des Rar à 15 mois reflète les progrès à accomplir dans l'obtention des déclarations et dans la radiation des cotisants ayant cessé leur activité.

3 - Des écarts entre Urssaf, une situation dégradée en outre-mer qui pénalise les résultats d'ensemble

La performance du réseau des Urssaf est pénalisée par les montants élevés des restes à recouvrer dans les organismes d'outre-mer. Avec 1,8 % des cotisations et contributions sociales, ces organismes concentraient en effet 17,9 % des restes à recouvrer à 12 mois au titre de l'exercice 2019, 22 % du stock total de créances (toutes catégories de cotisants confondues) fin 2019 et 43 % du stock de créances prescrites fin 2019.

⁵⁶⁹ Entre janvier et avril 2018, puis entre juillet et octobre 2019.

La part des taxations d'office dans les Rar outre-mer (5,7 points en 2018) révèle une gestion insuffisamment rigoureuse des données d'identification des cotisants. De même, les stocks de titres exécutoires dans les études d'huissiers (668 M€ fin 2019 contre 414 M€ en métropole, hors artisans-commerçants) et le délai moyen de recouvrement de ces titres (477 jours en 2019 contre 124 jours en métropole) témoignent d'un manque d'efficacité du recouvrement forcé.

Afin d'en améliorer le pilotage local, comme national par l'Acos, la Cour a recommandé de confier le recouvrement des prélèvements sociaux en Guadeloupe, en Guyane et à la Martinique à une Urssaf interrégionale distincte des caisses générales de sécurité sociale (CGSS)⁵⁷⁰.

En métropole, les performances varient selon les Urssaf : parmi les prélèvements non encaissés dans les jours suivant la date limite de versement, le taux de récupération 300 jours plus tard variait en 2018 entre Urssaf de 82 % en Paca à 94 % en Rhône-Alpes. Ces écarts traduisent des différences dans la composition des portefeuilles des cotisants, mais aussi une inégale efficacité dans la mise en œuvre des actions de recouvrement.

B - Des outils informatiques à perfectionner et à fiabiliser

La refonte du système d'information « cœur de métier », qui a pour principal objectif l'amélioration des processus de gestion, doit être menée à terme et s'accompagner d'une réduction des incidents informatiques.

1 - Une transformation du système d'information à achever

Un projet de transformation du système d'information cœur de métier intitulé Clé-a a été lancé en 2014⁵⁷¹ afin d'en refondre les socles techniques, d'en améliorer l'ergonomie pour les agents des Urssaf et de renforcer l'automatisation des processus. Depuis sa mise en service en 1987 en effet, le système national de la gestion des comptes cotisants (SNV2), principale application du SI, n'avait fait l'objet que d'ajustements de portée limitée.

⁵⁷⁰ Cour des comptes, « Les caisses de sécurité sociale en Guadeloupe, en Guyane et à la Martinique : un redressement impératif », in *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018*, p. 355-391, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁵⁷¹ Avant cela, un premier projet avait été lancé en 2010, avant d'être rapidement interrompu pour laisser la place à un projet commun avec le RSI, lui-même abandonné en 2013.

Après une réorientation dès 2015⁵⁷², le coût de ce projet, initialement sous-estimé, a été fortement réévalué. Sur le champ des seules dépenses sous-traitées⁵⁷³, le coût du projet est ainsi passé de 124 M€ d'après le plan de transformation du SI recouvrement de décembre 2015 à 163 M€ d'après la Cog État-Accoss 2018-2022 ; ce montant n'a pas été révisé depuis lors.

Surtout, le projet Clé-a est affecté par des retards, qui ne sont pas uniquement imputables aux transferts de collecte par le réseau des Urssaf (voir I - B - *supra*). À ce jour, la plupart des chantiers ont été livrés. Contrairement au calendrier initial, certains ne seront cependant achevés qu'après 2022 (voir encadré).

Des retards affectant les évolutions informatiques du projet Clé-a

La fusion des applications de gestion des données d'identification des cotisants en particulier, qui devait initialement être achevée en 2017, ne serait finalisée qu'en 2024. De même, l'intégration automatisée au SNV2 des données de changement d'adresse d'entreprise ou de siège d'entreprise, prévue initialement pour 2019, n'est toujours pas mise en œuvre. Leur traitement manuel représente pourtant une charge de travail importante pour les agents des Urssaf et occasionne de fréquentes erreurs.

Par ailleurs, pour certains chantiers récemment livrés, la montée en charge s'avère très lente. Mise en service en octobre 2019, la gestion automatisée des remboursements aux employeurs de salariés, dont le traitement manuel est régulièrement entaché d'erreurs, est limitée à ce stade à une part réduite des situations créditrices. De même, déployé début 2019, le calcul automatisé de la date de prescription des créances n'a pu s'appliquer à 1,1 Md€ de créances, correspondant à des cas particuliers non pris en compte lors de la conception de l'application informatique, et des lots correctifs restent à livrer en 2020.

⁵⁷² Alors que le projet consistait initialement en un remplacement complet du SNV2, le choix a été fait en 2015 de procéder plutôt par des évolutions progressives de ce dernier. En 2016, l'Accoss a constaté une charge exceptionnelle de 15 M€ correspondant aux coûts externes immobilisés de développements qui ne seront en définitive pas utilisés.

⁵⁷³ Les dépenses informatiques se décomposent entre les dépenses internes, qui correspondent à des tâches informatiques réalisées par des agents du réseau des Urssaf, et les dépenses externes, réalisées par des prestataires extérieurs.

2 - Des incidents informatiques à mieux prévenir et traiter

La prévention et la gestion des incidents informatiques présentent par ailleurs d'importantes marges d'amélioration.

Les mises en service défectueuses d'évolutions informatiques, en particulier, sont la source de nombreuses indisponibilités et altérations de service. En 2018, l'ensemble des dysfonctionnements informatiques relatifs aux applications cœur de métier auraient entraîné d'après l'Acoss une incapacité à travailler des personnels équivalant à une perte moyenne de 156 ETP sur l'année.

D'après un audit interne⁵⁷⁴, il n'existe à cet égard pas de dispositif de continuité d'activité pour les applications du système d'information cœur de métier (en dehors de la relation avec les cotisants), la détection et la hiérarchisation des incidents sont hétérogènes, tandis que la disponibilité des informaticiens n'est pas assurée en cas d'incident, faute de dispositif d'astreinte qui couvrirait l'ensemble de la direction des systèmes d'information et les directions métiers de l'Acoss.

C - Une rationalisation à poursuivre de l'organisation et des moyens

Si la gestion de certains cotisants a été centralisée sur un nombre réduit d'Urssaf (voir encadré), l'organisation territoriale du réseau n'a pas tiré pleinement parti des potentialités offertes par sa régionalisation. La diminution des coûts de collecte s'en trouve freinée.

Une collecte de plus en plus centralisée au niveau national pour certaines catégories de cotisants

Le seuil à partir duquel une entreprise ayant plusieurs établissements a l'obligation de déclarer et de verser les prélèvements sociaux à une seule et même Urssaf (dispositif dit de versement en lieu unique ou VLU) a été abaissé entre 2018 et 2020 de 2 000 à 250 salariés⁵⁷⁵, ce qui a accru la concentration de la collecte sur les principales Urssaf.

⁵⁷⁴ Audit par l'Acoss de la gestion des incidents majeurs de production, juillet 2019.

⁵⁷⁵ Décret n° 2017-858 du 9 mai 2017.

En contrepartie, la collecte des près de 340 000 comptes de praticiens et auxiliaires médicaux va être centralisée dans 12 Urssaf de plus petite taille entre 2020 et 2022. De même, les collectes, récemment transférées, des cotisations des artistes-auteurs (2019-2020) et des employeurs de marins (2020-2021) ont été confiées à deux des plus petites Urssaf, Limousin et Poitou-Charentes respectivement.

1 - Une régionalisation inachevée

Le nombre d'organismes métropolitains a été réduit, passant de 102 à 89 entre 2008 et 2010 avec la départementalisation, puis de 82 à 22 entre 2012 et 2014 avec la fusion des Urssaf départementales en une seule Urssaf régionale. Cette opération de régionalisation s'est traduite par des avancées importantes en matière d'organisation, de management et de contrôle interne (comparaison des bonnes pratiques, formalisation et homogénéisation des procédures). En 2021, la fusion engagée des Urssaf de Basse et de Haute-Normandie réduira à 21 le nombre d'Urssaf.

Toutes les Urssaf ne sont cependant pas passées à un pilotage pleinement régional de leurs activités, plusieurs d'entre elles conservant, outre les responsables régionaux de processus ou de fonctions, des responsables de sites physiques, correspondant notamment aux anciens sièges des Urssaf départementales.

En outre, au-delà de limites inhérentes⁵⁷⁶, le mouvement observable de concentration des activités sur certains sites et de spécialisation de ces derniers a une portée variable selon les organismes. Ainsi, si certaines Urssaf ont concentré sur un nombre réduit de sites, voire sur un seul site, la gestion de certaines catégories de cotisants (artisans-commerçants, professions libérales, administrations), d'autres maintiennent des organisations plus éclatées.

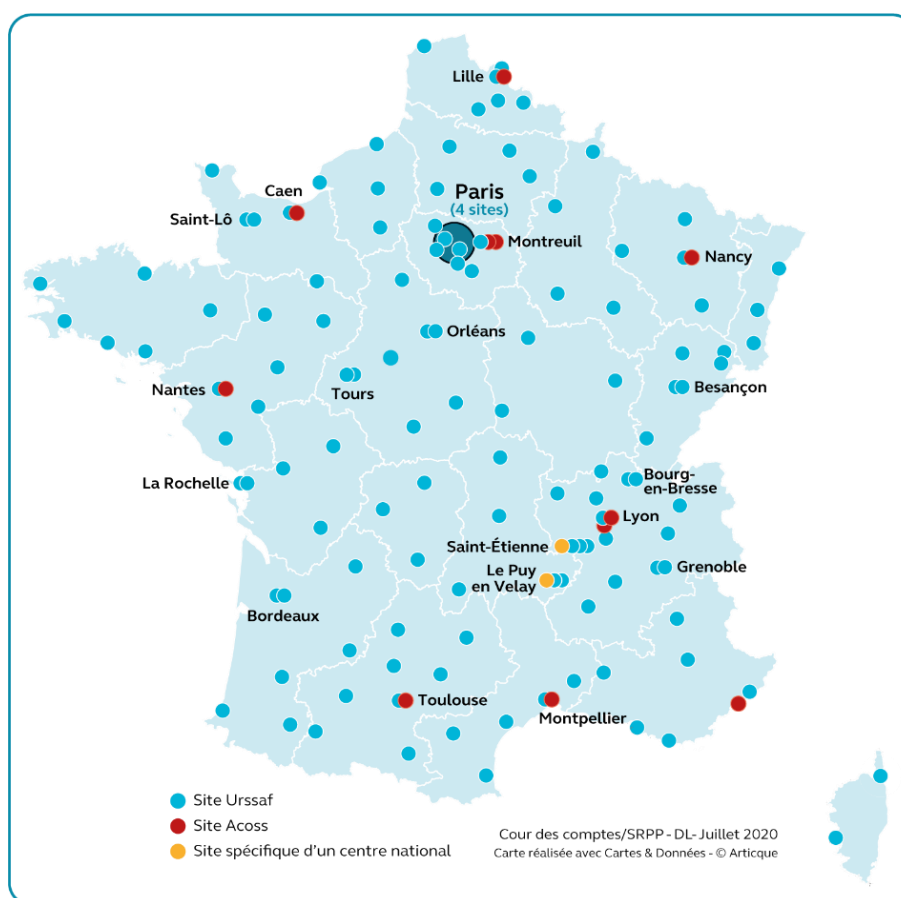
Par ailleurs, si tous les sites physiques de l'ex-RSI transférés en 2020 ne seront pas conservés⁵⁷⁷, le nombre de sites du réseau historique des Urssaf a peu évolué depuis la régionalisation, passant de 149 à 140 entre 2014 et 2019 (voir carte ci-après). Certaines Urssaf comptent plus de dix sites distincts. Au total, 20 % des sites comptaient moins de 40 ETP en

⁵⁷⁶ Certaines activités, telles que l'accueil du public, les contrôles sur place ou la gestion des recours amiables et juridictionnels, se prêtent plus difficilement à un regroupement sur un seul site.

⁵⁷⁷ Sur les 32 sites transférés, 7 ont d'ores et déjà été fusionnés avec un site Urssaf, 6 sites ont vocation à être cédés et 3 sites à être restitués en fin de bail.

2018. Certains sites n'atteignent vraisemblablement plus la taille critique. La fragmentation des activités sur un nombre élevé de sites peut contribuer à expliquer l'importance variable, selon les Urssaf, des fonctions d'encadrement dans l'ensemble de leurs effectifs⁵⁷⁸.

Carte n° 6 : répartition géographique des sites physiques du réseau des Urssaf en 2019



Note : à l'exception des centres Cesu (Saint-Étienne) et Pajemploi (Le Puy-en-Velay), qui disposent de sites spécifiques, les autres centres nationaux sont hébergés dans des sites partagés avec leur Urssaf de rattachement.

Source : Cour des comptes, à partir de données transmises par l'Acoess

⁵⁷⁸ En 2019, les fonctions d'encadrement représentaient selon les Urssaf entre 7 et 12 % des effectifs.

Malgré un recours très large aux outils de communication à distance, la multiplicité et la spécialisation inégale des sites dans les Urssaf compliquent le pilotage des activités par les responsables régionaux. Le maintien dans tous les départements de sites de production, qui se consacrent notamment à la gestion courante des comptes cotisants des employeurs privés, devrait ainsi être reconsidéré. Cette évolution des sites de production n'aurait pas de conséquence sur la situation actuelle d'un accueil physique des cotisants dans tous les départements.

2 - Une baisse des dépenses de gestion administrative mais des coûts unitaires de collecte qui restent sous-estimés

Les dépenses de gestion administrative du réseau des Urssaf, principalement financées par une contribution des trois caisses nationales du régime général, ont baissé de 1,51 à 1,36 Md€ entre 2014 et 2018. Cette diminution (-10 % ou -11 % à champ constant selon l'Acoss⁵⁷⁹) reflète celle des dépenses de personnel, de 921 à 851 M€ sur la même période.

La trajectoire d'effectifs de la Cog État-Acoss 2018-2022 prévoit une augmentation des effectifs du réseau des Urssaf de 1 696 équivalents temps plein moyens annuels (ETPMA) en CDI sur la même période. Cependant, cette évolution recouvre le transfert de 2 961 ETPMA⁵⁸⁰ en CDI au titre de reprises de collecte et, ce faisant, une baisse d'effectifs de 1 265 ETPMA en CDI à périmètre constant des missions. L'atteinte de l'objectif de réduction des effectifs dépendra ainsi de la capacité du réseau des Urssaf à réaliser des économies d'échelle à l'occasion de ces transferts.

Les coûts unitaires de collecte présentés chaque année au Parlement en annexe au PLFSS sont toutefois sous-estimés. Comme la Cour l'avait relevé en 2016⁵⁸¹, l'indicateur de « coût des 100 euros recouverts » annexé au PLFSS, s'il est passé de 28,1 à 24,7 centimes entre 2014 et 2018, rapporte les charges de fonctionnement à la totalité des encaissements, y compris ceux centralisés par l'Acoss mais ne correspondant pas à des prélèvements collectés par les Urssaf elles-mêmes⁵⁸², ce qui induit un biais majeur d'interprétation. Mesuré pour les seuls prélèvements collectés par

⁵⁷⁹ Compte tenu de l'intégration de 350 ETP environ au titre de transferts de collecte.

⁵⁸⁰ Dont 1 970 ETP au titre de l'ex-RSI, dont 221 transférés au 1^{er} juillet 2019, 102 recrutés entre 2018 et 2019 sous plafond RSI et 1 647 transférés au 1^{er} janvier 2020.

⁵⁸¹ Voir le rapport précité sur la collecte des prélèvements versés par les entreprises.

⁵⁸² Notamment les prélèvements collectés par la DGFIP, la DGDDI et la MSA ou précomptés sur les revenus de remplacement, les encaissements venant d'entités tierces au régime général, les excédents de trésorerie des organismes du régime général et les versements de la Cades quand elle reprend des dettes.

les Urssaf, le coût de collecte serait plutôt de 34,1 centimes en 2018. Il convient que la définition de l'indicateur soit revue dès le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

En comparaison, le coût moyen de gestion d'un compte cotisant, pondéré par la charge de travail (en ETP) propre aux différentes catégories de cotisants, s'élevait à 93 euros en 2018. Selon l'Acoss, cet indicateur a pour objet de comparer les charges d'activité avec les coûts engagés, mais ne neutralise pas les effets de l'évolution de l'importance relative des différentes catégories de comptes cotisants et de dispositifs de collecte et ne saurait donc être utilisé pour analyser l'évolution de la productivité ou de l'efficacité du réseau. Ainsi, en l'état des outils disponibles, l'évolution du coût complet de gestion d'un compte cotisant moyen, après neutralisation de ces effets de structure, ne peut être appréciée.

III - Mieux accompagner les cotisants et lutter plus efficacement contre la fraude

Avec le recouvrement le plus complet et rapide des prélèvements exigibles, la recherche de l'exhaustivité des montants déclarés de prélèvements constitue l'autre grande mission du réseau des Urssaf.

Selon l'estimation effectuée par l'Acoss à partir de contrôles ciblés aléatoirement, la portée financière des erreurs, intentionnelles ou non, affectant les données déclarées par les cotisants au titre de prélèvements collectés par le réseau des Urssaf était comprise en 2018 entre 5,7 et 7,2 Md€, dont entre 1,4 et 1,7 Md€ au titre d'irrégularités sur des assiettes déclarées et entre 4,4 et 5,5 Md€ au titre du travail dissimulé⁵⁸³.

S'agissant des irrégularités sur assiettes déclarées, outre la limitation des coûts de collecte pour les entreprises, l'amélioration du service rendu aux cotisants doit permettre de renforcer l'exhaustivité spontanée des données déclarées⁵⁸⁴ et donc la fiabilité de ces dernières plus largement que les contrôles ciblés de la situation des cotisants. Il convient à cet égard

⁵⁸³ Du fait notamment de biais statistiques, dont l'absence de correction des biais de détection des irrégularités par les inspecteurs et contrôleurs chargés des contrôles sur pièces et sur place, ces estimations doivent être tenues pour des minima.

⁵⁸⁴ Ainsi que le suggère la littérature économique empirique. Voir pour une revue de littérature récente : James Alm, « What Motivates Tax Compliance? » [Quels sont les déterminants du consentement au prélèvement ?], *Journal of Economic Surveys*, vol. 33, n° 2, 2019, p. 353-388.

d'intensifier les contrôles automatisés de cohérence des données déclarées et de communiquer en temps réel aux cotisants le plus grand nombre d'erreurs ainsi détectées, de poursuivre la simplification des modalités déclaratives et d'améliorer l'information et la réponse aux cotisants⁵⁸⁵.

Sous réserve d'une fiabilité accrue des déclarations, les contrôles sur pièces et sur place de la situation des cotisants pourraient alors être plus nettement orientés vers la répression du travail dissimulé, à l'encontre de cotisants aux pratiques frauduleuses et dont le consentement au prélèvement n'aura pu être obtenu par d'autres moyens.

A - Exploiter les données individuelles de la DSN pour fiabiliser en temps réel les déclarations

Bien que la déclaration sociale nominative (DSN)⁵⁸⁶ soit utilisée par la quasi-totalité des employeurs de salariés, le réseau des Urssaf ne fiabilise toujours pas l'ensemble des déclarations par des contrôles de cohérence portant sur les données déclarées par salarié.

La communication en temps réel aux cotisants des erreurs détectées dans leurs déclarations par des contrôles automatisés de cohérence est pourtant de nature à renforcer l'exhaustivité spontanée des données déclarées. Ces échanges permettent en effet de corriger des erreurs, mais aussi, par un effet d'apprentissage, de favoriser une plus grande exhaustivité des déclarations ultérieures.

Une récente évolution doit d'ailleurs contribuer à renforcer la portée des contrôles automatisés de cohérence sur les données de la DSN : en cas d'inaction prolongée du cotisant, la LFSS 2020 a donné aux Urssaf la possibilité d'effectuer elles-mêmes les corrections requises⁵⁸⁷.

⁵⁸⁵ Le développement de telles actions « proactives » à l'égard des contribuables peut être constaté pour la plupart des organismes de collecte au niveau international. Voir pour une présentation : OCDE, *The Changing Tax Compliance Environment and the Role of Audit* [L'évolution du consentement au prélèvement et le rôle du contrôle], septembre 2017.

⁵⁸⁶ Voir pour une présentation détaillée : Cour des comptes, « La déclaration sociale nominative : une première étape réussie, une nouvelle impulsion nécessaire », in *La Sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018*, p. 321-354, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁵⁸⁷ Article 18 de la LFSS 2020, dont l'application reste conditionnée à l'adoption d'un décret d'application.

À ce jour, les contrôles automatisés de cohérence à grande échelle sont toutefois limités aux seules données des DSN déclarées par les entreprises de manière agrégée pour chacun de leurs établissements. Ces contrôles visent par exemple à détecter les incohérences entre le taux de versement transport déclaré et la localisation de l'établissement, ou entre les assiettes agrégées des cotisations de sécurité sociale et des contributions chômage. Ils sont réalisés immédiatement après l'échéance et les cotisants sont contactés dans les jours qui suivent en cas d'anomalie.

En comparaison, trois ans après la généralisation de la DSN aux employeurs de salariés, les contrôles automatisés de cohérence sur les données par salarié (assiette, rémunération, temps de travail, etc.) restent embryonnaires. Ainsi, en 2019, les trois principaux⁵⁸⁸ contrôles de cette nature ont porté seulement sur les DSN de deux mois de l'année et couvraient à chaque fois moins de 0,4 % des déclarants au niveau national. Les cotisants concernés par des anomalies ont de surcroît été relancés plusieurs mois après les échéances déclaratives, et non en temps réel, ce qui les a souvent conduits à ne corriger leurs erreurs que pour l'avenir.

Les bénéfices à attendre d'une généralisation des contrôles automatisés de cohérence impliquant les données par salarié

La généralisation des contrôles de cohérence impliquant les données par salarié permettrait la détection dès l'échéance d'un nombre nettement plus important d'erreurs qu'aujourd'hui. À ce jour en effet, un tiers du montant des régularisations⁵⁸⁹ notifiées à l'issue des contrôles sur pièces et sur place de la situation des cotisants, réalisés plusieurs mois voire plusieurs années après les déclarations, concerne des irrégularités en lien avec les exonérations et exemptions d'assiette des prélèvements sociaux, qui pourraient souvent être détectées par des contrôles automatisés de cohérence sur les données déclarées par salarié.

Ces contrôles permettraient également d'assurer la cohérence, pour chaque salarié, entre les données d'assiette et de rémunération. Ils contribueraient ainsi à fiabiliser les droits à la retraite complémentaire à la suite du transfert de la collecte des cotisations afférentes au réseau des Urssaf, en lieu et place des modalités transitoires et risquées envisagées à ce jour et impliquant une mise en relation des outils informatiques de l'Agirc-Arrco avec le système d'information des Urssaf (voir I - B - *supra*).

Cette fiabilisation bénéficierait aussi à la détermination des droits aux retraites de base, aux indemnités journalières et aux allocations chômage.

⁵⁸⁸ Fiabilisation de la réduction générale de cotisations patronales ; rapprochement entre assiettes individuelles et agrégées ; rapprochement entre assiettes plafonnées et rémunérations individuelles pour la fiabilisation des droits à la retraite de base (Cnav).

⁵⁸⁹ Soit la somme en valeur absolue des redressements mis à la charge des cotisants et des restitutions en leur faveur.

La généralisation par les Urssaf de contrôles automatisés de cohérence à grande échelle sur les données de la DSN par salarié apparaît donc indispensable. Le niveau des appels supplémentaires de cotisations qu'effectue Agirc-Arrco, soit environ 1 Md€ par an, afin d'assurer l'adéquation du montant des salaires sur lesquels sont assises les cotisations avec celui des salaires ouvrant des droits à retraite, atteste l'importance de cet enjeu financier, non seulement pour les retraites complémentaires à la suite du transfert de la collecte des cotisations aux Urssaf en 2022, mais aussi pour les branches du régime général elles-mêmes (155,9 Md€ de cotisations patronales et salariales des entreprises du secteur privé en 2019).

B - Poursuivre la simplification des déclarations

La suppression⁵⁹⁰ en 2021 de la déclaration sociale de revenu aux Urssaf, qui fait double emploi avec la déclaration fiscale⁵⁹¹, va alléger les formalités déclaratives des travailleurs indépendants et, le cas échéant, le coût de ces dernières quand ils recourent à un expert-comptable, ce qui est le cas de la plupart d'entre eux. L'importance et les effets du recours par les travailleurs indépendants à la modulation mensuelle des appels de cotisations provisionnels en fonction de leurs revenus d'activité effectifs, expérimentée depuis 2019, restent quant à eux à apprécier.

S'agissant des déclarations des employeurs de salariés, il subsiste d'importantes marges de simplification de la DSN. Certaines définitions pourraient être davantage harmonisées ou simplifiées⁵⁹², au besoin par des évolutions réglementaires.

Au-delà, la suppression de l'obligation de transmission de données agrégées par établissement d'entreprise serait une simplification plus importante encore, comme c'est le cas en Belgique ou en Italie (voir encadré). Aujourd'hui, les employeurs sont en effet tenus de déclarer les assiettes et montants de prélèvements de manière détaillée par salarié, mais aussi de manière agrégée par établissement, par profil homogène de nature d'assiette et de niveau de taux de prélèvement⁵⁹³.

⁵⁹⁰ Article 19 de la LFSS 2020.

⁵⁹¹ Déclaration de résultats professionnels, aussi appelée « liasse fiscale ».

⁵⁹² Par exemple, les motifs de suspension et de fin de contrat de travail comportent respectivement près de 80 et près de 50 valeurs possibles.

⁵⁹³ Aussi appelé code-type de personnel (CTP).

Le maintien d'un niveau déclaratif agrégé contredit l'objectif de simplification de la DSN et accroît les coûts d'adaptation des cotisants aux évolutions réglementaires⁵⁹⁴, alors qu'une autre organisation serait possible pour éviter de solliciter les cotisants⁵⁹⁵.

La suppression des données déclaratives agrégées en Italie

L'Italie a mis fin en 2009 à la collecte des données agrégées déclarées par catégorie de salariés, en fusionnant les déclarations agrégée (*DM10*) et individuelle (*EMens*) en une déclaration unifiée (*UniEmens*), puis en ne demandant plus la déclaration de données agrégées. À la place, l'institut national de sécurité sociale (*Istituto Nazionale della Previdenza Sociale*) calcule les données agrégées sur la base des données individuelles déclarées et le ministère des finances, qui centralise les paiements, procède à la répartition des prélèvements collectés sur la base de ces informations.

Enfin, la généralisation des contrôles de cohérence sur les données déclarées par salarié permettra de garantir une fiabilité des données individuelle d'un niveau au moins égal à celle des données agrégées, considérées par l'Acoss comme plus fiables. Il est vrai que, contrairement aux données individuelles par salarié, les données agrégées bénéficient de longue date de la détection automatisée d'anomalies par le réseau des Urssaf et des échanges avec les gestionnaires de comptes cotisants auxquels elle peut donner lieu.

C - Améliorer l'information et la réponse aux cotisants

L'information des cotisants devrait être rendue plus proactive, par l'amélioration des contenus accessibles en ligne sur les évolutions de la réglementation et des formalités déclaratives.

La rénovation des sites internet du réseau des Urssaf doit à cet égard être poursuivie, à la faveur d'une ergonomie accrue et d'un enrichissement des fonctionnalités offertes aux cotisants pour la gestion de leur compte en ligne. Après la refonte du portail consacré aux particuliers employeurs utilisateurs du dispositif simplifié Cesu en 2017, et de ceux des employeurs de salariés du régime général, des professions libérales et des micro-entrepreneurs en 2018, celle des portails des autres dispositifs simplifiés Pajemploi, Tese et CEA reste à achever.

⁵⁹⁴ Pour le paramétrage ou l'ajout de nouveaux salariés au logiciel de paie.

⁵⁹⁵ Les données agrégées pourraient être reconstituées automatiquement à partir des données individuelles, préalablement à leur intégration au SNV2.

La LFSS 2018 prévoyait par ailleurs la création d'un site internet destiné à présenter l'ensemble des instructions et circulaires relatives aux allègements et réductions de prélèvements sociaux⁵⁹⁶. La mise en ligne de ce site internet, initialement prévue le 1^{er} janvier 2019, interviendrait au mieux courant 2020. Au-delà, l'ensemble des règles applicables aux prélèvements sociaux mériterait d'être rassemblé dans un recueil en ligne, sur le mode du Bulletin officiel des finances publiques (BOFiP).

Par ailleurs, la qualité de la réponse apportée aux sollicitations des cotisants (15 millions de sollicitations en 2019 tous canaux de contact confondus ; voir tableau ci-après) doit être améliorée.

**Tableau n° 34 : nombre de contacts sollicités par les cotisants
toutes catégories au niveau national (en millions)**

	2015	2017	2019	Évol. 2015-2019 (en %)
Visites en accueil physique*	0,61	0,12	0,13	-79 %
Appels téléphoniques traités	4,93	5,05	4,83	-2 %
Courriers	15,37	13,00	9,14	-41 %
Courriels	0,82	0,94	0,95	+15 %
Total	21,73	19,11	15,05	-31 %

* Une même visite en accueil physique, s'agissant notamment des experts-comptables, peut concerner plusieurs cotisants.

Source : Calculs Cour des comptes, à partir de données transmises par l'Acoss

L'enquête annuelle de l'Acoss indique pour 2018 un taux de satisfaction des contacts, hors travailleurs indépendants et cotisants en outre-mer, de 79,6 % tous canaux de contact confondus.

Toutefois, une étude plus approfondie réalisée en 2018 sur un échantillon des différentes catégories de cotisants, hors particuliers employeurs, présente des résultats plus contrastés. Le taux de satisfaction global serait uniquement de 50 %. La part des demandes traitées en plus d'un mois atteindrait 43 %, ce qui favoriserait la réitération des demandes, une même demande générant trois contacts en moyenne.

Cette situation appelle un réexamen des besoins des cotisants afin de les orienter vers les canaux de contact les mieux adaptés. La définition d'un indicateur permanent, permettant de mesurer de manière précise la réitération de contact par motif, quel qu'en soit le canal, est indispensable.

S'agissant de la réponse téléphonique, la capacité à traiter les pics d'appels doit être nettement renforcée. En 2019, le taux d'appels aboutis était de 83 % hors artisans-commerçants en moyenne au niveau national,

⁵⁹⁶ Article 9 de la LFSS 2018.

et fluctuait entre près de 90 % en mars et 70 % en juin. La part et le taux de rotation des agents en CDD, dont le recours excessif fragilise la qualité de service, doivent en outre continuer à être réduits⁵⁹⁷.

Quant aux accueils physiques, plus coûteux que les autres canaux de contact et surtout fréquentés par des travailleurs indépendants, l'amélioration des informations accessibles en ligne réduirait les besoins de réassurance qui suscitent des visites aux accueils. Ces derniers devraient par ailleurs être mieux équipés en postes informatiques en libre-service⁵⁹⁸. Enfin, l'accueil sur rendez-vous, qui permet de préparer l'échange et, souvent, de régler en amont les difficultés, doit être privilégié.

D - Lutter plus efficacement contre le travail dissimulé

En favorisant le consentement au prélèvement et l'exhaustivité des données déclarées, l'amélioration du service rendu aux cotisants doit permettre de renforcer les moyens affectés à la lutte contre le travail dissimulé.

1 - Accroître les effectifs affectés aux actions de lutte contre le travail dissimulé

Le renforcement des contrôles automatisés de cohérence en temps réel sur les données déclarées (voir III - A - *supra*) doit permettre la correction en amont d'une part significative des irrégularités aujourd'hui détectées par les contrôles sur pièces et sur place de la situation des cotisants.

Cette évolution permettrait, comme la Cour l'a recommandé⁵⁹⁹, d'accroître les effectifs affectés aux actions de lutte contre le travail dissimulé (LCTD), qui visent spécifiquement à détecter les absences de déclaration de salariés ou d'une part significative de leurs rémunérations. Ces actions se distinguent de l'autre grande catégorie de contrôles, les contrôles comptables d'assiette (CCA) réalisés sur place et les contrôles partiels d'assiette sur pièces (CPAP), qui visent à vérifier l'exhaustivité et l'exactitude des déclarations.

⁵⁹⁷ En métropole en 2018, 122 des 589 agents affectés à la réponse téléphonique étaient en CDD, avec un taux de rotation de 265 % (contre 18 % pour les agents en CDI).

⁵⁹⁸ En 2018, sur 116 accueils physiques, seuls 78 % proposaient uniquement un accueil sur rendez-vous et 25 % un espace en libre-service.

⁵⁹⁹ Voir la communication au Premier ministre précitée relative à la fraude aux prélèvements obligatoires.

À cet égard, entre 2015 et 2019, les effectifs affectés aux contrôles ont globalement diminué (de 1 679 à 1 585 ETPMA). En leur sein, ceux dévolus aux contrôles d'assiette sur pièces ont augmenté (de 177 à 194), ceux consacrés aux contrôles d'assiette sur place ont baissé (de 1 205 à 1 096) et ceux affectés aux actions de LCTD ont été simplement préservés (passant de 297 à 295). Ces évolutions ont pu amoindrir celle du montant total des redressements, toutes actions de contrôle confondues, qui a stagné à 1,3 Md€ par an entre 2015 et 2018, avant d'augmenter à 1,4 Md€⁶⁰⁰ en 2019.

Le nombre d'entrées en formation d'inspecteur spécialisé LCTD, d'une durée de 16 mois, a toutefois récemment doublé, passant de 11 à 20 entre 2018 et 2019, ce qui devrait bientôt contribuer à l'accroissement des effectifs affectés aux actions de LCTD.

Outre l'augmentation des effectifs affectés aux actions de LCTD, il conviendrait que le réseau des Urssaf utilise plus largement les modèles de ciblage des contrôles par exploration de données (*datamining*), qui visent à maximiser la fréquence et le montant espérés de redressement. En 2018, le *datamining* était à l'origine de 20 % des contrôles d'assiette sur place de PME et de 11 % de ceux de TPE, mais restait expérimental pour la LCTD.

Par ailleurs, les actions de contrôle doivent concerner l'ensemble des catégories de cotisants, partout sur le territoire. Cela suppose de ne pas laisser sans contrôle des entreprises employant des salariés créées à une date ancienne, de réduire l'écart de taux de contrôle des entreprises entre les Urssaf et entre ces dernières et les organismes d'outre-mer⁶⁰¹ et de mettre fin à l'absence de contrôle de certaines catégories de cotisants (adhérents aux dispositifs simplifiés pour les très petites entreprises et les associations, praticiens et auxiliaires médicaux et administrations de l'État).

2 - Améliorer le recouvrement des redressements au titre de la LCTD

Renforcer la lutte contre le travail dissimulé appelle enfin un effort accru de recouvrement des redressements qui en sont issus. Fin 2018, le taux de recouvrement correspondant n'était que de 5 % pour les actions de 2017, contre 77 % pour les contrôles d'assiette sur place.

⁶⁰⁰ Dont 680 M€ de redressements en 2019 au titre des actions de LCTD, 748 M€ au titre des contrôles comptables d'assiette et 17 M€ au titre des contrôles sur pièces.

⁶⁰¹ Ce taux de couverture, toutes actions de contrôle confondues entre le 1^{er} janvier et le 31 juillet 2019, était en moyenne de 2,4 % en outre-mer contre 4,6 % en métropole.

Si les stratégies d'évitement que mettent en œuvre les cotisants poursuivis pour travail dissimulé expliquent en grande partie cet écart, les procédures spécifiques de recouvrement restent peu utilisées. En 2018, la mise en jeu de la solidarité financière⁶⁰², qui permet de mettre une part des redressements à la charge des donneurs d'ordre ayant bénéficié du travail dissimulé, a ainsi été engagée seulement 257 fois, tandis qu'il n'a été procédé qu'à 75 saisies conservatoires⁶⁰³. Par ailleurs, l'opposition à tiers détenteur (OTD), qui permet de saisir sans recourir à un huissier des sommes appartenant au débiteur détenues par des tiers (notamment sur des comptes bancaires), n'est quasiment pas utilisée⁶⁰⁴.

Plusieurs évolutions pourraient permettre d'améliorer le recouvrement des redressements issus d'actions de LCTD.

S'agissant des saisies conservatoires, outre l'extension récente des possibilités de consultation des bases de données de la DGFIP⁶⁰⁵, celle du système d'immatriculation des véhicules (SIV) tenu par le ministère de l'Intérieur pourrait favoriser leur mise en œuvre.

Au-delà, préalablement à la mise en œuvre d'une saisie conservatoire, il conviendrait de réexaminer la possibilité, laissée au redevable, de produire des éléments justifiant de l'existence de garanties suffisantes pour couvrir les redressements pour travail dissimulé qui lui ont été notifiés. Cette étape paraît en effet retarder la mise en œuvre de ces saisies, en laissant plus de temps au cotisant pour s'y soustraire.

⁶⁰² Articles L. 8222-1 à L. 8222-5 code du travail.

⁶⁰³ Article L. 133-1 du code de la sécurité sociale.

⁶⁰⁴ Article L. 133-4-9 du code de la sécurité sociale.

⁶⁰⁵ En application de la loi du 23 octobre 2018 relative à la lutte contre la fraude, les inspecteurs du recouvrement peuvent désormais consulter le fichier des comptes bancaires (Ficoba), celui des contrats de capitalisation et d'assurance vie (Ficovie), la base nationale des données patrimoniales (BNDP) et la base des données relatives à la vente de biens immobiliers (Patrim).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Dans le cadre de l'unification de la collecte des prélèvements sociaux, le réseau des Urssaf est amené à connaître une extension très significative de ses missions. Plus de 110 Md€ de prélèvements supplémentaires vont lui être transférés entre 2018 et 2023, ce qui soulève des défis tant organisationnels qu'informatiques. En particulier, le partage des tâches envisagé avec l'Agirc-Arrco pour la reprise de la collecte des cotisations de retraite complémentaire apparaît risqué.

En tout état de cause, la mise en œuvre de ces opérations ne doit pas se faire au détriment des autres chantiers nécessaires à l'amélioration de la collecte par le réseau des Urssaf. Au-delà de l'achèvement du projet Clé-a de refonte du système d'information cœur de métier, d'autres sources de progrès doivent ainsi être mobilisées. L'organisation territoriale du réseau a peu évolué depuis la régionalisation des organismes entre 2012 et 2014. Un retard important a été pris pour exploiter les données de la DSN déclarées par salarié. Plusieurs processus de gestion restent à fiabiliser, comme la Cour l'a souligné dans son dernier rapport de certification des comptes du régime général.

Plus particulièrement, la recherche de l'exhaustivité des prélèvements sociaux repose encore fortement sur le contrôle ciblé a posteriori, qui ne permet de corriger qu'une part réduite des erreurs déclaratives des cotisants. La fiabilisation des données déclarées nécessite à cet égard de renforcer plus largement le service rendu, par un retour en temps réel aux cotisants sur les erreurs détectées, la simplification des déclarations et l'amélioration de la qualité de l'information qui leur est apportée. Sous réserve d'une exhaustivité accrue des déclarations, les contrôles sur pièces et sur place de la situation des cotisants pourraient alors être plus nettement orientés vers la répression du travail dissimulé.

Au total, l'avenir du réseau des Urssaf dépendra non seulement de la réussite des transferts de collecte, mais aussi de sa capacité à rationaliser ses moyens et son organisation territoriale, et à améliorer le service rendu aux cotisants dans un contexte économique rendu plus difficile par les conséquences de la crise sanitaire.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

31. *sécuriser l'organisation cible pour le transfert de la collecte des cotisations de retraite complémentaire des salariés aux Urssaf, tout en préservant le recalcul des cotisations par salarié (ministère chargé de la sécurité sociale, Acoiss, Agirc-Arrco) ;*
 32. *déployer des contrôles automatisés à grande échelle, dès leur réception, des données de la déclaration sociale nominative transmises par salarié (Acoiss) ;*
 33. *engager les travaux informatiques nécessaires à la collecte des prélèvements sociaux sur le seul fondement des données de la déclaration sociale nominative transmises par salarié (Acoiss) ;*
 34. *améliorer les informations en ligne et la qualité et le délai moyen de réponse aux cotisants pour l'ensemble des canaux de contact (Acoiss) ;*
 35. *accroître significativement la part des inspecteurs du recouvrement spécifiquement affectés aux actions de lutte contre le travail dissimulé (Acoiss) (recommandation réitérée) ;*
 36. *réexaminer la pertinence du maintien de sites physiques de production dans chaque département (Acoiss).*
-

Liste des abréviations

AAH	Allocation aux adultes handicapés
Acoss.....	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
AC.....	Artisans-commerçants
ACS	Assurance complémentaire santé
Agirc	Association générale des institutions de retraite des cadres
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale de l'État
ANI.....	Accords nationaux interprofessionnels
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
API.....	Allocation de parent isolé
APLD	Activité partielle de longue durée
Arrco	Association des régimes de retraite complémentaire
ARS	Agence régionale de santé
ASF	Allocation de soutien familial
Aspa	Allocation de solidarité aux personnes âgées
Atih	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AT-MP	Accidents du travail - maladies professionnelles
ATU	Autorisation temporaire d'utilisation
AVC.....	Accident vasculaire cérébral
AVPF	Assurance vieillesse des parents au foyer
BMAF	Base mensuelle des allocations familiales
BNDP	Base nationale des données patrimoniales
BOFiP	Bulletin officiel des finances publiques
CANSSM.....	Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines
CAQES	Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins
Cavimac	Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes
CCA	Contrôles comptables d'assiette
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CCSS	Commission des comptes de la sécurité sociale

CEA	Chèque emploi associatif
Cesu	Chèque emploi service universel
CEJ	Contrat enfance jeunesse
CEPS	Comité économique des produits de santé
CNEDiMTS	Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMG	Complément de libre choix du mode de garde
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	Caisse 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
CNFE	Centre national firmes étrangères
CNIEG	Caisse nationale des industries électriques et gazières
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
CNTFS	Centres nationaux de gestion des prélèvements sociaux des travailleurs frontaliers exerçant en Suisse
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPRP-RATP	Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la RATP
CPRP-SNCF	Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRCF	Régime de retraite de la Comédie française
CRDS	Contribution pour le remboursement de la dette sociale
CROP	Régime de retraite de l'Opéra national de Paris
CRPCEN	Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire

CSG	Contribution sociale généralisée
CSIS	Conseil stratégique des industries de santé
DCGDR	Directions régionales de l'assurance maladie
DCS.....	Dépense courante de santé
DGCS.....	Direction générale de la cohésion sociale
DGDDI.....	Direction générale des douanes et droits indirects
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DM.....	Dispositifs médicaux
DMS.....	Durées moyennes de séjour
DNEF	Direction nationale d'enquêtes fiscales
DOM	Département d'outre-mer
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRM	Dispositif de ressources mensuelles
DSN	Déclaration sociale nominative
DSS	Direction de la sécurité sociale
EHLA	Équipes hospitalières de liaison en addictologie
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
ESMS.....	Établissements et services médico-sociaux
ETP	Équivalent temps plein
ETPMA.....	Équivalent temps plein en moyenne annuelle
FatiacL	Fonds de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales
Fedepsad	Fédération des prestataires de santé à domicile
FCAT	Fonds commun des accidents du travail
Fcata.....	Fonds commun des accidents du travail agricole
Ficoba	Fichier des comptes bancaires
Ficovie	Fichier des contrats de capitalisation et d'assurance vie
Fir.....	Fonds d'intervention régional
FMESPP.....	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
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
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAD.....	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
HCAAM.....	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCFP	Haut Conseil des finances publiques
Igas.....	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
Ircantec.....	Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LPFP	Loi de programmation des finances publiques
LPPR.....	Loi de programmation pluriannuelle de la recherche
M€.....	Million d'euros
MCO	Médecine-chirurgie-obstétrique
Md€.....	Milliard d'euros
MDPH.....	Maison départementale des personnes handicapées
MSA.....	Mutualité sociale agricole
NABM	Nomenclature des actes de biologie médicale
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
PCG.....	Plan comptable général
Paerpa	Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
Patrim	Base des données relatives à la vente de biens immobiliers
PIB	Produit intérieur brut
PL.....	Professions libérales
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PSU	Prestation de service unique
Ralfss	Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale

RATP	Régie autonome des transports parisiens
Ratocem	Rentes accidents du travail des ouvriers civils des établissements militaires
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
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Régime social des indépendants
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SASPA	Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées
SNCF	Société nationale des chemins de fer français
SNGI	Système national de gestion des identifiants
SSR	Soins de suite et de réadaptation
SRE	Service des retraites de l'État
T2A	Tarifification à l'activité
TESE	Titre emploi service entreprise
TO	Taxations d'office
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
USLD	Unité de soins de longue durée

Réponses des administrations et organismes concernés

Sommaire

Réponse du directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam)	399
Réponse du directeur général de la caisse nationale des allocations familiales (Cnaf)	404
Réponse du directeur de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss).....	412
Réponse du directeur général de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA).....	417
Réponse du directeur général du GIE Agirc-Arrco	418

Destinataires n'ayant pas d'observation

Directeur général de la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav)
Présidente du collège de la Haute Autorité de santé (HAS)
Directeur général de la caisse des dépôts et consignations

Destinataires n'ayant pas répondu

Ministre des solidarités et de la santé
Ministre de l'économie, des finances et de la relance
Ministre du travail, de l'emploi et de l'insertion
Ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance, chargé des comptes publics
Ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse et des sports

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM)

Par courrier en date du 29 juillet 2020, vous avez adressé à la Caisse nationale de l'Assurance Maladie six chapitres du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2020. J'ai pris connaissance avec attention de vos analyses et de vos recommandations. Comme vous m'y invitez, je souhaiterais vous faire part de plusieurs observations et commentaires sur les chapitres listés ci-après.

1. Chapitre II relatif aux dépenses d'assurance maladie

Comme le rapport le souligne lui-même, le rythme des négociations menées par l'Assurance Maladie s'accommode mal de la logique annuelle de l'Ondam. En effet, les accords conventionnels conclus avec les professionnels de santé s'inscrivent dans des logiques pluriannuelles, dans l'objectif d'une meilleure maîtrise de l'évolution des dépenses. De plus, les dates d'entrée en vigueur des mesures conventionnelles ne respectent pas nécessairement le calendrier civil et leur montée en charge est ainsi généralement constatée sur plusieurs exercices. Dès lors, la conciliation entre un objectif d'encadrement dans une loi de financement de la sécurité sociale annuelle et cette nécessaire approche pluriannuelle des négociations conventionnelles apparaît délicate. Au demeurant, il convient de souligner que ces négociations s'inscrivent déjà dans un cadrage budgétaire pluriannuel défini par les autorités de tutelle de l'Assurance Maladie.

2. Chapitre IV relatif aux groupements hospitaliers de territoire (GHT)

Dans le contexte de déploiement des communautés pluriprofessionnelles territoriales de santé (CPTS), l'Assurance Maladie souscrit à la proposition de réviser rapidement les périmètres des GHT, de manière à ce que tous puissent constituer une offre de soins publique cohérente et homogène en matière de soins de proximité, de référence ou de recours (proposition n° 5).

En effet, dans l'objectif d'améliorer la fluidité des parcours de soins, notamment en ce qui concerne les transitions ville/hôpital, il est primordial de trouver la bonne articulation entre les CPTS et les GHT, qui apparaissent, grâce à leurs projets médicaux, comme le bon niveau pour nouer des partenariats avec les CPTS. L'évolution des besoins de prises en charge de la population comme la nécessaire efficacité dans l'utilisation des ressources, notamment médicales, montrent l'importance de l'organisation d'une réponse graduée et structurée sur l'ensemble des territoires.

Or, on constate actuellement une grande diversité dans la structuration des GHT, la densité de leur maillage territorial et leur articulation avec les établissements médico-sociaux. Ainsi, fin 2019, si le GHT métropolitain moyen couvre une population de 472 000 habitants pour une superficie de 4 340 km², cette moyenne agrège une grande diversité de situations. En effet, 40 % des GHT ont un périmètre infra-départemental, 30 % départemental et 30 % supra-départemental. Ils sont composés de 2 à 20 établissements, et l'intégration des établissements médico-sociaux (ESMS) demeure marginale, concernant essentiellement les EHPAD.

3. Chapitre VI relatif à la régulation des dépenses consacrés aux dispositifs médicaux

Tout d'abord, s'agissant du champ des dépenses analysées par la Cour, il convient de souligner que l'Assurance Maladie ne peut agir que sur les dépenses associées aux dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) alors que le rapport fait porter ses analyses sur l'ensemble des dispositifs médicaux, y compris les dispositifs à usage collectif (appareils d'imagerie etc.) qui ne sont pas inscrits sur cette liste. Dès lors, sur le montant de 15 Md€ de dépenses consacrées aux dispositifs médicaux, l'Assurance maladie ne dispose de leviers d'action que sur une partie de la dépense, représentant 9,09 Md€ en 2018, dont 7,13 Md€ concernent les dispositifs médicaux distribués en ville.

L'Assurance Maladie partage les constats concernant les facteurs de la croissance de la dépense mais souhaiterait apporter des commentaires aux propositions relatives à la régulation de ces dépenses.

Concernant la recommandation consistant à mettre en place sans attendre, des mécanismes bloquants lorsque les facturations revêtent un caractère manifestement incompatible avec les nomenclatures en vigueur, je tiens à souligner que l'outil de gestion des codes LPP doit être renouvelé dans le cadre du nouveau système d'informations de l'Assurance Maladie. Il pourra alors réintégrer des incompatibilités levées lors de la saisie des dispositifs sous nom de fabricant dans le cadre de la mise en œuvre de la clause de sauvegarde. La mise en place d'incompatibilités nouvelles nécessite également des travaux de nomenclature afin que celle-ci devienne explicite pour les prescripteurs et les distributeurs.

La Cnam souscrit à la proposition n° 14 « établir une trajectoire pluriannuelle d'évolution des dépenses de dispositifs médicaux, déclinée à travers un plan de révision des nomenclatures et de réduction de la liste « en sus » articulés avec des objectifs de baisses tarifaires », mais souligne

la difficulté de respecter une trajectoire pluriannuelle quand l'exigence d'économies à réaliser augmente chaque année. J'appelle aussi à une clarification des rôles de chaque institution dans les travaux de révision des nomenclatures qui doivent s'appuyer sur une méthodologie.

Enfin, je partage la recommandation n° 16 de mobiliser l'ensemble des outils de gestion du risque afin de maîtriser les dépenses liées aux dispositifs médicaux. Cependant, pour intensifier le recours aux outils classiques de la gestion du risque, il convient d'œuvrer à la dématérialisation tant en ville qu'à l'hôpital du circuit de prescription / distribution et à celle des demandes d'accord préalable. Par ailleurs les établissements de santé étant à l'origine de la croissance des dépenses en ville pour partie, il me paraît nécessaire de leur proposer des objectifs d'économies sur certains postes (perfusions, pansements post opératoires, respiratoire) dans le cadre des CAQES. Pour soutenir ces actions, les fiches de bon usage des dispositifs médicaux élaborées par la Haute autorité de santé constituent un outil précieux, dont l'actualisation régulière peut contribuer à sous-tendre les actions de gestion du risque menées par l'assurance maladie.

4. Chapitre IX relatif au versement à bon droit des prestations sociales

Au préalable, je tiens que l'Assurance Maladie réalise des efforts depuis plusieurs années pour généraliser les processus de contrôle, réorganiser son fonctionnement, et professionnaliser les équipes, dans l'optique de renforcer l'efficacité de nos activités et par voie de conséquence, le versement à bon droit des prestations de la branche. À cet effet, trois axes me paraissent prioritaires : accroître les synergies internes et la transversalité entre nos dispositifs de contrôle (lutte contre la fraude, contrôles comptables et ordonnateurs, GDR, etc.), recentrer ces dispositifs sur les risques majeurs tout en maintenant les risques jugés mineurs sous contrôle et enfin, sécuriser nos systèmes d'information.

Concernant la fiabilité de nos indicateurs, si la Cnam a pris en compte les remarques de la Cour pour faire évoluer de façon progressive leur construction, il faut souligner que la recherche d'une plus grande fiabilité passerait par une augmentation notable de la taille de l'échantillon contrôlé. Ce choix conduirait à consacrer des effectifs à l'évaluation, au détriment de la prévention et la prévention et à la détection à un niveau opérationnel.

Enfin, l'Assurance compte parmi ses actions prioritaires celle d'accroître la capacité de ses systèmes d'information à prévenir et détecter automatiquement les erreurs, dans un contexte où les temps de traitement

doivent être rapides et où la volumétrie des actes à contrôler rend matériellement impossible un contrôle humain d'une envergure et d'une profondeur suffisantes. Ainsi, des actions structurelles fortes de modernisation de nos outils et de nos systèmes d'information ont été engagées. Des projets majeurs de nature à fiabiliser la liquidation des remboursements de frais de santé (Météore et Arpège notamment) intègrent ainsi, ab initio, des objectifs de maîtrise des risques. Je tiens à préciser qu'il s'agit de projets informatiques dont les calendriers sont déjà très resserrés et qui, au regard de leur technicité et des risques systémiques qu'ils comportent, nécessitent d'être conduits dans des conditions optimales afin d'assurer leur réussite et ne pourraient prendre le risque d'être accélérés plus encore.

Je souhaiterais enfin préciser quelques points qui ne me semblent pas donner une représentation adéquate de la situation. La Cour note ainsi que malgré des progrès récents, le service médical a pris un retard important par rapport aux CPAM dans le développement d'une culture du reporting et du management par objectif. Or, il me paraît important de souligner la mise en place par le service médical d'un dispositif de contrôle interne unifié ainsi que l'évolution de son système d'information (projet MATIS sur la gestion des indemnités journalières) qui facilitera sa gestion et son reporting.

Enfin, je souscris à votre constat que la complexité des règles de prestations favorise les erreurs mais je relève, à cet égard, que les tentatives de simplification du contexte réglementaire, notamment en matière d'indemnités journalières, n'ont jamais abouti malgré de nombreuses propositions.

5. Chapitre X relatif à l'organisation territoriale des réseaux de caisses de sécurité sociale du régime général

Le rapport préconise d'extraire des Carsat certaines activités (service social de l'assurance maladie et services de tarification et de prévention des AT-MP) en vue de générer davantage de synergies avec la branche maladie, aboutissant de facto à restreindre le champ des Carsat à la retraite.

S'agissant de l'activité AT-MP, que la Cour suggère de rattacher à la CPAM du chef-lieu de région, plusieurs projets communs aux COG des deux branches relèvent déjà de cette orientation et le rapprochement de ces missions avec celle de la réparation, déjà réalisée en CPAM aujourd'hui, présenterait, il est vrai, une certaine cohérence. Toutefois, il importe de souligner que l'ensemble des ressources et fonctions support des activités en tarification et en prévention est aujourd'hui intriqué dans

les organisations de la branche retraite. L'hypothèse d'une sortie de ces missions du périmètre des Carsat, telle que présentée dans le rapport, aurait des impacts forts en termes de ressources humaines et de systèmes d'information, qu'il faudrait bien peser au regard des avantages attendus.

S'agissant du rattachement à l'ensemble des CPAM du service social de l'Assurance Maladie, j'identifie certains avantages, notamment une meilleure synergie des acteurs de l'Assurance Maladie dans les domaines importants que sont l'accès aux soins ou la prévention de la désinsertion professionnelle. Il faut souligner qu'un tel rattachement n'aurait pas vocation à remettre en cause la convention Cnav-Cnam qui organise la contribution aux actions d'accompagnement social spécifiques de la branche retraite. Toutefois, toute décision relative à ces domaines d'intervention mérite d'être expertisée de manière approfondie au regard de ses impacts potentiels sur l'accompagnement des publics fragiles.

La branche maladie a développé de façon volontariste une politique de travail en réseau visant à prévenir les ruptures de continuité de service et à accroître la professionnalisation sur une douzaine de processus identifiés avec un pilotage national spécifique. La mutualisation des processus tels que la gestion des bénéficiaires ou les prestations en espèces ou en nature n'est pas retenue dans les orientations de la branche, considérant que nos missions d'accompagnement des professionnels et établissements de santé, ainsi que des assurés sociaux, nécessitent une présence territoriale et une capacité à agir effective qui ne seraient pas durables avec des organismes départementaux progressivement limités aux seules fonctions de front office.

Pour répondre aux enjeux que la Cour identifie concernant les organismes de petite taille, je tiens à rappeler que ces caisses ne sont pas moins performantes que l'ensemble du réseau (les 25 caisses les plus petites ont, relativement aux indicateurs des contrats pluriannuels de gestion, un score supérieur au score national) et que le différentiel de coût de gestion attaché à ces caisses est un enjeu très limité.

La mise en place de caisses interdépartementales paraît en décalage avec les ambitions de présence territoriale, non seulement en terme opérationnel (maillage des accueils) mais aussi institutionnel. Par ailleurs, au-delà du problème de principe d'un éloignement territorial, engager un nouveau cycle de fusions de caisses serait une démarche coûteuse et complexe qui n'apporterait pas de réponse rapide aux problèmes concrets que rencontrent les organismes de petite taille, en termes d'accès aux expertises rares notamment. Sur ce champ, la branche privilégie la voie des coopérations régionales.

Je tiens enfin à insister sur le fort attachement de la Cnam à une organisation départementale de ses structures, maillage indispensable pour assurer un service public de proximité.

En termes de coopération avec les autres branches, les échanges de données avec les autres organismes et administrations sont nombreux et doivent se poursuivre pour permettre une meilleure qualité de service rendu aux assurés. En revanche, l'ambition d'avancer rapidement sur le terrain d'un outil de gestion de la relation client commun est une piste dont les résultats paraissent incertains, tant par la complexité de l'opération que par les coûts associés très élevés en matière de systèmes d'information. Les référentiels clients et les logiques métiers distincts induisent des spécificités en termes de relation client. Enfin, les fonctions supports s'inscrivent dans des politiques de branche qui obèreraient la faisabilité et l'efficience de ces coopérations.

Enfin, une précision doit être apportée concernant la recommandation de la Cour de resserrer le nombre de membres des conseils, d'encadrer la création de commissions par les conseils et d'encadrer plus étroitement la situation des administrateurs qui cumulent des mandats. Les conseillers des organismes de l'Assurance Maladie jouent un rôle actif et indispensable dans la gouvernance de la branche et j'observe par ailleurs le coût limité de leur fonctionnement. L'éventuelle mise en œuvre des propositions du rapport devrait être étudiée avec attention et faire l'objet d'une concertation avec les différentes composantes des conseils préalablement à toute évolution réglementaire.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

Ci-dessous les remarques de la Caisse nationale des allocations familiales sur le rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale 2020 (RALFSS).

Chapitre VIII : l'action sociale de la branche Famille

Le contenu du Chapitre VIII consacré à l'action sociale donne à voir un pan méconnu et pourtant essentiel de l'activité de la Branche famille. Il en explicite les principales caractéristiques, dont sa complexité liée à son caractère partenarial. En effet, l'action sociale et en particulier le soutien aux services aux familles, qui en constitue la part principale, renvoie avant tout à un rôle d'animation, de conviction et de soutien technique et financier des acteurs locaux : collectivités locales,

associations, entreprises. Cela suppose de situer nos objectifs et nos réalisations dans le cadre de l'évolution des besoins des familles, des dynamiques territoriales et du contexte des finances publiques.

La direction de la Cnaf partage la majeure partie des constats établis par la mission et les recommandations qui en découlent. Elle souhaite relever les éléments suivants qui lui semblent particulièrement notables dans ces travaux :

- **Le rapport souligne le renforcement du pilotage de nos politiques**, via le développement de la logique de fonds nationaux et des cadrages associés, la déclinaison des politiques portée par les Cog via les Cpog, ainsi que le pilotage budgétaire renforcé, en particulier avec la mise en œuvre de la fongibilité des crédits dès 2018, et de la réforme du budget commun de gestion en 2020.
- Sur le plan des instruments, **la fin des contrats enfance et jeunesse et leur remplacement par des Conventions Territoriales Globales** est bien appréhendée dans sa technicité et ses enjeux politiques. Nous aurions pu souhaiter une réforme plus radicale, avec une plus forte homogénéisation des financements de la branche, mais la recherche d'équilibre entre les contraintes financières et la nécessité de maintenir la confiance de nos partenaires a abouti à ce compromis, qui permet de rationaliser, comme l'a bien repéré la Cour, l'ensemble de nos pratiques contractuelles.
- La Cour conforte également la stratégie d'accompagnement social des familles conduite par la Branche dans une visée préventive, à partir d'événements de vie (séparation, décès, impayés, monoparentalité) dont elle souligne le caractère complémentaire avec l'action des autres acteurs locaux, notamment les Conseils départementaux. L'alignement de notre doctrine relative aux aides financières individuelles sur ce socle, souhaitée par la Cour, est d'ores et déjà programmée.
- **La stratégie de transfert des équipements gérés par la branche est rappelée.** Ses résultats montrent qu'un effort significatif a été réalisé depuis les années 2000 pour recentrer la Branche sur son cœur de métier. Le point d'attention de la Cour sur les centres de vacances fait l'objet d'une attention particulière de la Cnaf qui a mis en place des moyens d'appui renforcés à la vente de ces structures.

S'agissant de l'accueil du jeune enfant, première politique publique soutenue par le Fonds national d'action sociale, le tableau dressé par la Cour montre le ralentissement du flux de créations de places de crèches cofinancées par des collectivités locales ou des employeurs et l'essor dans

les dernières années des microcrèches aux tarifs libres, sans cofinanceur, payées par les familles elles-mêmes aidées par le complément mode de garde. Cette situation est liée à un contexte plus tendu pour les finances locales qui tend à favoriser ce secteur moins régulé. Ce phénomène ne nous semble cependant pas remettre en cause les mérites du modèle de la Psu, dont la Cour montre d'ailleurs dans un encadré les importants effets redistributifs.

Les inégalités territoriales que souligne la Cour sont réelles. Elles mériteraient cependant d'être revues dans leur présentation. En effet, en n'intégrant dans les dépenses que les seuls crédits d'action sociale, la Cour met uniquement en lumière l'apport de la Branche en matière d'accueil collectif, l'accueil individuel étant financé par le Fnspf. Dès lors, en l'état, les inégalités mises en exergue sont plus le reflet des écarts dans la structure de l'offre d'accueil que dans l'implication financière de la branche au profit des 0-3 ans.

Sur la petite enfance, la Cnaf demeure attentive aux mesures visant à relancer le développement du secteur, proposées par la Cour (cf. recommandation 24).

En revanche, la Cnaf ne partage pas le retrait souhaité de la Branche du « champ éducatif », dont les dispositifs nous paraissent s'inscrire durablement dans les objectifs de la politique familiale et sociale portée par la Branche.

Recommandation 21

Mesurer plus finement les besoins de garde des familles pour mieux orienter les financements : avis favorable

Consciente des limites des seuls indicateurs relatifs à l'offre d'accueil, la Cnaf incite les Caf localement à s'appuyer sur des données complémentaires pour mesurer les besoins.

Au niveau national, la Branche a engagé des travaux avec un prestataire pour construire un indicateur de tension entre l'offre et la demande, qui est en cours de finalisation. Une fois stabilisé, la branche veillera à sa diffusion dans le réseau et s'attachera à l'intégrer au cours de la prochaine Cog dans les critères d'attribution des aides au développement de structures nouvelles.

Recommandation 22

Doter la Caf et la Collectivité locale concernée d'un pouvoir d'autorisation pour l'installation de tout établissement d'accueil du jeune enfant. Avis favorable avec réserve.

La Cnaf s'inscrit dans les réflexions en cours sur la reprise des agréments d'Eaje qui sont de la compétence des départements (PMI), et étudie notamment les ressources nécessaires à une telle reprise par les Caf. Elle est par ailleurs favorable au fait de lier les financements de la Branche à la validation partenariale du besoin dans le cadre d'une convention territoriale globale. Au-delà, la Branche ne souhaite pas s'opposer à la liberté d'installation des établissements qui entendraient se développer sans financement.

Recommandation 23

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

La Cnaf a lancé une étude d'envergure (ISAJE) afin d'évaluer l'impact du passage en crèche des jeunes enfants. Cette étude, dont un pilote démarre en Septembre, durera 4 ans.

Les Caf appuient auprès des gestionnaires de crèches la généralisation progressive de l'enquête Filoue, permettant de connaître finement les caractéristiques des publics accueillis en établissement d'accueil du jeune enfant. Cette généralisation s'effectue au rythme d'obtention du module dédié dans les logiciels de gestion des collectivités.

La Cnaf a par ailleurs pour objectif dans le cadre de la Cog de développer la culture de l'évaluation d'impact, et mène de nombreuses démarches en ce sens auprès du réseau des chargés d'études et des conseillers en développement, en particulier dans le cadre de l'évaluation des effets des Conventions territoriales globales.

Enfin, et au-delà du programme d'évaluation existant qui permet de mesurer régulièrement les effets de nos dispositifs, l'obtention de meilleures données de pilotage constitue l'une des trois dimensions essentielles du programme de refonte du système d'information de l'action sociale (programme Omega).

Recommandation 24***Réduire l'intervention de la branche dans les dispositifs d'accompagnement scolaire. Avis défavorable.***

Il n'existe qu'un dispositif « d'accompagnement scolaire » : il s'agit du Contrat local d'accompagnement à la scolarité. Cofinancé par la branche depuis les années 2000, il va bien au-delà d'un dispositif d'aide aux devoirs. Il permet de soutenir des structures et des activités situées en dehors de l'école, en faveur de familles dotées de peu de ressources pour permettre à leurs enfants de réussir. Compte tenu des impacts de la question scolaire sur les liens familiaux, il s'agit pour la Branche d'un dispositif global de soutien aux parents et à la famille. Consciente de la nécessité de renforcer cette dimension, la Branche souhaite mettre en œuvre la réforme des modalités de financement qui vient d'être adoptée par le Conseil d'administration afin d'examiner les effets de celle-ci sur le renforcement de l'implication des parents.

S'agissant des Alsh périscolaires évoqués par le rapport, la branche proposera des évolutions dans le cadre de la négociation de la prochaine Cog pour accroître l'efficacité de son intervention mais elle ne souhaite pas se désengager de ce secteur d'activité qui demeure en volumétrie le premier service aux familles sur l'ensemble du territoire national et un outil essentiel de conciliation vie familiale/vie professionnelle au cœur de la politique publique portée par la Branche.

Chapitre X : organisation territoriale des réseaux de caisse de sécurité sociale du régime général : des évolutions nécessaires**Recommandation 25**

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

Le modèle de la caisse généraliste et polyvalente a déjà profondément évolué depuis l'intensification des mutualisations engagées à partir de 2014. Chaque Caf est en charge, avec une intensité variable, d'une activité pour le compte d'une ou plusieurs autres Caf ou d'une mission nationale. Autrement dit, aucune Caf n'est centrée sur sa seule gestion départementale.

Par ailleurs, le référentiel de management de la ressource dirigeante a fait l'objet d'une refonte importante en 2019, avec une nouvelle définition

des attendus de la fonction d'agent de direction. Parmi ceux-ci, les enjeux de partenariats et de coopérations interorganismes, interbranches ou inter-régimes sont bien identifiés, ainsi que les enjeux de performance opérationnelle d'activités interorganismes ou au sein du réseau.

La Cnaf souhaite cependant attirer l'attention de la Cour sur les risques qu'engendrerait une spécialisation trop poussée des Caf dans la gestion de processus en termes de capacité à déployer une offre globale de service adaptée aux territoires, d'une part, et d'attractivité des métiers (y compris de dirigeants) et des parcours professionnels au sein des organismes, d'autre part.

Alors que la Cnaf élabore une vision prospective de ses métiers du service qui vise à développer des métiers du « middle-office », mêlant plus étroitement les activités et compétences du front et du back-office, et plus à même de répondre aux enjeux d'une offre globale de service, une spécialisation trop poussée sur des processus de gestion serait à contre-courant de l'évolution des métiers indiqués.

Il faut également veiller à la fluidité des process de traitement des droits car la gestion des prestations s'appuie sur un socle d'informations partagées (par exemple, un changement de situation familial modifie l'ensemble des droits versés) et sur un continuum d'activités (par exemple, la gestion de la personne bénéficiaire est un prérequis à la gestion des droits). Une trop grande segmentation des process présenterait des risques d'inefficience, d'allongement des délais de traitement, et des coûts de coordination supérieurs aux gains attendus.

Par ailleurs, l'efficience d'un processus de gestion peut être atteinte par d'autres formes de spécialisation que la mutualisation entre organismes : spécialisation d'équipes au sein de chaque Caf, séquences homogènes de liquidation, etc.

Recommandation 26

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

La Cnaf est défavorable à la création de caisses interdépartementales pour plusieurs raisons :

- *La départementalisation des Caf n'a été achevée que fin 2017 avec la fusion des Caf de Pau et de Bayonne ; la Cnaf veut désormais capitaliser sur un réseau totalement aligné sur la maille départementale.*
- *La stratégie d'organisation du réseau de la branche Famille a été définie sur la période de cette Cog et repose sur l'ancrage départemental des Caf pour toutes les raisons développées dans le dossier « coopérations et solidarités ». Il s'agit désormais de mettre en œuvre cette stratégie de manière complète, ainsi que le recommande par ailleurs la Cour, plutôt que de la remettre en cause par un nouveau paradigme organisationnel.*
- *Les benchmarks effectués dans les travaux de la précédente Cog (rapports internes Cnaf sur la taille critique des organismes et sur les scénarios d'organisation du réseau) ont montré la difficulté pour des organismes interdépartementaux à rester clairement identifiés et donc influents localement lorsque le centre de décision s'éloignait. La qualité du partenariat local dépend, parmi un ensemble de facteurs, de la présence politique et dirigeante affirmée de la Caf au niveau départemental.*

En revanche, la Cnaf est favorable à l'émergence de caisses communes de sécurité sociale fusionnant Caf et Cnam dans des territoires ruraux, faiblement peuplés, lorsque les conditions locales y sont favorables (volonté partagée des conseils, direction commune). La Cnaf rejoint l'avis de la Cour sur la nécessité de conjuguer une approche institutionnelle (la création d'une caisse commune) avec une stratégie de répartition de l'activité favorable aux caisses de taille modeste, ainsi qu'elle l'a largement pratiqué par le passé en transférant de manière pérenne des activités de traitement des dossiers et de réponse téléphonique de Caf franciliennes vers des Caf de départements ruraux.

Plus largement, la Cnaf s'inscrit dans les remarques de la Cour visant à intensifier les redistributions d'activité entre Caf au bénéfice de celles affichant des performances satisfaisantes, notamment à travers le dispositif de jumelage de production.

Recommandation 27

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

Cette recommandation concerne principalement l'allocation de soutien familial, l'allocation vieillesse du parent au foyer et l'allocation journalière de présence parentale, les trois prestations mutualisées à titre permanent. Tout d'abord, il convient de noter que l'activité de contrôle a bien suivi le transfert de la gestion des droits et est exercée par les directions comptables et financières des Caf pivots. Seules les activités de comptabilisation des opérations et de paiement sont restées de la compétence des Caf participantes. Cette organisation tient au fonctionnement des prestations gérées par la branche Famille : leur interdépendance dans leur calcul et leur paiement ne permet pas d'envisager de segmenter les opérations entre plusieurs Caf, sauf à multiplier les régularisations comptables inter-Caf complexes (par exemple un indu d'Asf géré par la Caf pivot génère mécaniquement un rappel de Rsa géré par la Caf participante) et à dégrader la qualité de la relation de service. Une même pièce justificative a des effets sur l'ensemble des droits : il n'est pas possible d'envisager que l'allocataire multiplie les démarches sous prétexte que différentes bases indépendantes – corolaire de la différenciation des comptabilités – traitent ses prestations. De même, pour le paiement, le dispositif de recouvrement des créances se traduit par une retenue sur l'ensemble des paiements regroupés le 5 du mois. L'éclatement du paiement en plusieurs flux rendrait impossible cette retenue unique et conduirait soit à une diminution importante de l'efficacité du recouvrement, soit à des opérations parallèles incompréhensibles pour l'allocataire. Sans compter que paradoxalement les mutualisations généreraient des frais supplémentaires (chaque flux de paiement est facturé). Ce contexte n'est pas celui de l'Assurance retraite citée en exemple par la Cour des Comptes, puisque les prestations mutualisées n'ont pas de lien avec les prestations qui sont restées de la compétence de l'ensemble des Carsat, dont la retraite de base. À l'inverse, la seule prestation « autonome » de la branche Famille, celle versée aux travailleurs migrants, a fait l'objet d'une mutualisation de l'ensemble des activités (gestion des droits, comptabilité, paiement).

L'article L. 122-9 du code de la sécurité sociale prévoit le cas de figure dans lequel l'organisme déléguant conserve la responsabilité des

opérations comptables et de paiement, et a clarifié la répartition des responsabilités en matière de contrôle : la Cnaf souhaite par conséquent maintenir cette organisation dans le cadre fixé par la réglementation, en l'absence de valeur-ajoutée à un éventuel changement. Cette orientation s'inscrit dans le sens des conclusions du rapport Libault « évolution de la fonction d'agent comptable dans les organismes de sécurité sociale » (10/2017).

**RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'AGENCE CENTRALE
DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS)**

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 concernant le chapitre XI de ce rapport.

**Concernant la « reprise de la collecte des cotisations de retraite
complémentaire obligatoire des salariés à sécuriser »**

L'Acooss confirme et partage l'exigence de qualité attendue de ce transfert de collecte. Pour autant, la Cour émet des réserves sur la capacité du système d'information à produire des contrôles automatisés à grande échelle sur les données déclarées à la maille individuelle. Or, la fiabilisation des données à la maille individuelle a été généralisée sein des Urssaf, y compris en réalisant des contrôles au bénéfice de la CNAV. Pour ce faire, elle s'accroît à la faveur du nombre de données dont la branche est destinataire et s'appuie notamment sur un contrôle de cohérence entre données individuelles et données agrégées. Ces contrôles sont bien automatisés et effectués à grande échelle.

L'extension de cette activité au bénéfice de l'Agirc Arrco sera de nature à étendre à de nouveaux contrôles, en bénéficiant des compétences historiques du partenaire en la matière.

Concernant la « normalisation de la collecte des artisans-commerçants »

La comparaison entre les RAR des artisans-commerçants et professions libérales ne démontre pas en soi, la nature des marges de profession dans la collecte des artisans-commerçants.

Concernant « les outils informatiques à perfectionner et à fiabiliser »

Les incidents informatiques font l'objet d'un suivi resserré par le biais d'un cockpit de supervision mis en place afin de surveiller l'activité du SI et visant la livraison des actions correctives dans les plus brefs délais.

Concernant la charge estimée s'agissant des incidents informatiques, l'Acosse précise que ces derniers restent une composante de l'activité de la vie d'un système d'information, a fortiori dans un contexte de changements importants apportés au système d'information cœur de métier du fait des transformations engagées et des évolutions législatives. Un plan de sécurisation est mis en œuvre depuis 2018 visant à identifier et porter les actions d'amélioration nécessaires au traitement des risques informatiques, conformément au schéma directeur des SI 2018-2022. Depuis 2018, plus de 600 actions d'amélioration ont été apportées sur 25 axes, notamment sur le processus des incidents.

En outre, l'Acosse dispose d'une feuille de route de mise en place de dispositifs Plan de Continuité Informatique / Plan de Reprise Informatique, priorisant les applicatifs du cœur de métier. À ce jour, plus de 25 applications prioritaires et 53 applications au total ont des plans de PCI et des revues sont programmées pour leur vérification. La détection et la hiérarchisation des incidents ont régulièrement été revues depuis ces dernières années, par le biais de la modernisation des outils de suivi des incidents pour les mettre à l'état de l'art, par la revue des processus des incidents et l'amélioration forte des traitements des incidents majeurs.

Depuis 2018, les interruptions de services n'ont eu que de faibles répercussions sur l'activité générale de la branche recouvrement : la charge liée aux incidents informatiques demeure limitée au regard des gains apportés dans la période et aux dispositifs de PRA/PCA mis en place dans chaque Urssaf, visant à assurer des continuités lors des périodes d'indisponibilité. Aucun incident majeur de production n'a été rencontré depuis de nombreuses années.

Enfin, l'Acosse relève que l'ensemble des mesures prises pour la maîtrise du système d'information a été éprouvé, dans le cadre de la crise sanitaire : en près d'une semaine, plus de 12 000 salariés ont été mis en

situation de télétravailler, permettant d'assurer la continuité de la production, y compris sur la téléphonie, permettant de faire face à des afflux massifs de cotisants sur les sites internet comme sur les plates-formes téléphoniques.

Concernant la rationalisation à poursuivre de l'organisation et des moyens

L'Acoss partage le constat que la régionalisation du pilotage des activités n'est pas achevée, mais elle tient à souligner que l'évolution des organisations des Urssaf va bien dans ce sens, et que les situations d'organisation non régionalisée sont en recul et désormais minoritaires.

En revanche, la formulation précisant que « le mouvement observable de concentration des activités sur certains sites et de spécialisation de ces derniers a une portée variable selon les organismes » suppose que la finalité de la régionalisation aurait été de spécialiser les sites par activité, ce qui n'est pas le cas.

Spécialiser des équipes effectuant certaines activités par types de cotisants peut permettre une amélioration de la qualité du service rendu grâce à une plus grande connaissance des spécificités de chaque public. Cette spécialisation des équipes est soit complètement réalisée sur certains segments (gestion des comptes), soit engagée pour de nouveaux domaines (front-office). En revanche, une fois définie la spécialisation des équipes, l'Acoss considère que leur localisation – et donc la spécialisation des sites – est un élément relativement indifférent à la performance, dès lors que les activités font l'objet d'un pilotage régional.

La branche a en effet fait l'expérience depuis plusieurs années du management à distance, que ce soit au sein des Urssaf régionales ou de l'Acoss. Cette pratique du management à distance, tout comme la diffusion du télétravail, dès avant la crise récente – et plus encore au cours des mois passés, au cours desquels le réseau a fonctionné en télétravail total – montrent que la localisation des salariés est indifférente.

Passer de la spécialisation des équipes à l'affirmation d'une nécessité de spécialisation des sites relève d'une représentation du travail surdéterminant le lieu de réalisation des activités et supposant la présence de tous les collaborateurs sur le même site : or, cette représentation est aujourd'hui obsolète, tant par l'expérience de plusieurs années de fonctionnement en management multisites que par le déploiement généralisé et accéléré du télétravail.

Concernant la « notion de taille critique » de site

Le rapport mentionne que « certains sites n'atteignent vraisemblablement plus la taille critique ». Or, le rapport n'apporte ni la démonstration de l'existence d'une taille critique (qui n'a de sens que pour autant qu'on arrive à démontrer une corrélation entre taille et productivité du site), ni évaluation d'une taille critique supposée.

L'affirmation selon laquelle la multiplicité de sites compliquerait la réallocation d'effectifs n'est pas plus démontrée. Qu'il s'agisse de réallocation d'effectifs entre métiers ou entre organismes, la multiplicité des sites est sans impact.

La note de bas de page mentionne, comme possible élément argumentaire, la dispersion du taux d'encadrement entre organismes, mais une analyse précise par organisme démontre qu'il n'y a absolument aucune corrélation entre taux d'encadrement et nombre de sites.

Au-delà, la recherche de l'efficiencia de la dépense immobilière gagnerait à être recentrée sur des indicateurs et des enjeux pertinents. En effet, en dépit de la formulation de norme en m² par agent, la recherche d'optimisation des coûts immobiliers doit être appréciée non à l'aune du nombre de m² par agent mais par un indicateur de coût immobilier par agent, dont le nombre de m² par agent n'est qu'une composante, qui doit être mise en rapport avec le coût immobilier du m².

À cet égard, la focalisation du rapport sur les « petits » sites ne semble pas pertinente au regard des objectifs de maîtrise des coûts immobiliers. D'une part, parce que par définition ces sites ne représentent qu'une part très minoritaire des surfaces du réseau, et d'autre part qu'ils sont localisés dans des zones où le coût du m² est très nettement inférieur à celui des capitales régionales. Le vrai enjeu d'optimisation des coûts immobiliers pour les années à venir concerne au contraire les sites des chefs-lieux régionaux, qui représentent des surfaces plus importantes, pour des coûts plus élevés, et qui, avec la reprise par le régime général (toutes branches confondues) des locaux de l'ex-RSI, constituent le vrai gisement d'économies en matière immobilière.

La proposition de remettre en cause la présence de sites de production sans « conséquence sur la situation actuelle d'un accueil physique des cotisants dans tous les départements » est contradictoire avec les assertions relatives à une « taille critique » : réduire certains sites à l'accueil du public aboutirait précisément à des sites comprenant encore moins de personnel. Par ailleurs, le niveau de complexité des situations prises en charge le plus souvent en accueil physique dans le cadre de rendez-vous suppose une maîtrise des activités de gestion de production :

apporter une réponse satisfaisante aux usagers dans le cadre de rendez-vous peut supposer de recourir à des collaborateurs maîtrisant les transactions réalisées dans le cadre de la production.

Concernant la recommandation portant sur la suppression des données agrégées

L'Acosse ne partage pas l'avis formulé sur l'opportunité qu'il y aurait à supprimer la déclaration des données agrégées.

Ni l'argument relatif au gain en simplification pour les entreprises – gain qui ne fait l'objet d'aucune évaluation – ni une comparaison internationale non contextualisée ne peuvent suffire à fonder une telle recommandation, au vu des conséquences qu'entraînerait la perte des possibilités de rapprochements, de croisements et de détection d'anomalies offertes par les données agrégées. Il y aurait d'ailleurs un paradoxe à demander à l'Acosse, comme le fait l'insertion, de développer et d'intensifier ses actions de contrôle de cohérence et de rapprochement des données déclarées, tout en supprimant une partie des données qui permettent de détecter aujourd'hui des anomalies.

En effet, à rebours d'un postulat accordant plus de confiance dans les données individuelles, les travaux de rapprochement des données agrégées et individuelles menés par l'Acosse ont montré des discordances entre données agrégées et données individuelles, qui résultent plus souvent d'anomalies relatives aux données individuelles que d'erreurs affectant les données agrégées.

Supprimer les données agrégées accroîtrait les risques d'erreurs affectant les données relatives aux cotisations et contributions comme aux droits contributifs.

Concernant l'amélioration de l'information

La rénovation des sites Pajemploi, Tese et Cea est bien inscrite à la feuille de route de l'Acosse d'ici 2022. Il ne s'agit pas que d'une rénovation de l'ergonomie des sites, mais bien d'une rénovation technique de ces offres de service, devant harmoniser et rapprocher les offres de service comparables (Cesu et Pajemploi d'une part ; Tese, Cea, Impact emploi d'autre part).

Le projet de site internet rassemblant les instructions et circulaires relatives aux prélèvements sociaux constitue bien un projet de recueil en ligne rassemblant les règles relatives aux prélèvements sociaux sur le modèle du BOFIP : la mise en ligne du bulletin officiel de la sécurité sociale – BOSS – est prévue pour le 15 octobre 2020.

Concernant la réponse téléphonique

Les fluctuations du taux d'appel aboutis résultent en large partie des variations de volumes d'appels au cours de l'année, du fait des événements pouvant affecter les cotisants en masse. Pour mieux prendre en charge ces pics sans surdimensionner les ressources affectées à la réponse téléphonique, la branche recouvrement adopte plusieurs dispositions :

- *Mise en place de plates-formes téléphoniques nationales polyvalentes, pouvant être mobilisées pour apporter une réponse de premier niveau sur différentes populations selon les moments de l'année ;*
- *Promotion d'organisation de middle-office (reposant sur des collaborateurs assurant de la réponse téléphonique et des tâches de production), permettant de renforcer le temps alloué à la réponse téléphonique lors de certains pics.*

Concernant le contrôle et la lutte contre la fraude

L'Aocss attire l'attention de la Cour sur le fait que les travaux relatifs à l'exploitation du datamining pour mieux cibler la LCTI devraient aboutir en 2020 avec l'élaboration de premiers plans de contrôle issus du datamining.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE
CENTRALE DE LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE (CCMSA)**

J'ai pris connaissance avec la plus grande attention du chapitre intitulé « Les minima de pensions de retraite » destiné à figurer dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, que la Cour des comptes se propose de publier prochainement.

Ce projet n'appelle pas d'observations particulières de ma part. La MSA souscrit à la nécessité de simplification et d'équité entre les minimum de pensions, notamment s'agissant de la condition d'écèlement applicable à la PMR (pension majorée de référence versée aux non-salariés agricoles). Son plafond, très inférieur à celui du Mico (minimum contributif versé par les régimes alignés), ainsi que ses modalités de revalorisation différentes, n'est pas justifié et contribue à l'extrême faiblesse des retraites des agriculteurs.

La MSA poursuit les travaux de fiabilisation de l'EIRR (Echanges inter-régimes de retraite), et elle étudiera un dispositif d'amélioration de l'information pour les assurés ne liquidant pas leur pension à taux plein.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU GIE AGIRC-ARRCO

Par courrier en date du 29 juillet 2020, vous nous invitez à formuler nos remarques sur des extraits relatifs à l'Agirc-Arrco du projet de « Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2020 (RALFSS) ».

Vous évoquez plus spécifiquement le transfert de collecte au réseau des Urssaf des cotisations de retraite complémentaire obligatoire des salariés du secteur privé, prévu au 1er janvier 2022, ce qui représente au titre de l'exercice 2019, un montant de 79,581 Mds€. Vous insistez sur l'importance de sécuriser le transfert de cette collecte tout en préservant le recalcul des cotisations par salarié.

Les travaux de préparation du transfert du recouvrement des cotisations Agirc-Arrco au réseau Urssaf, conformément à l'article 18 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, ont été engagés entre l'Agirc-Arrco et l'Acosse dès le quatrième trimestre 2019 avec la mise en place d'une gouvernance sous l'égide de la Direction de la Sécurité sociale et intégrant la mission France recouvrement puis par le lancement de comités opérationnels hebdomadaires entre les deux réseaux.

Ces travaux de cadrage ont été guidés par la recherche de cohérence dans les relations avec les entreprises afin de préserver une interlocution unifiée, gage de compréhension pour les entreprises dans leurs relations avec les partenaires. Des groupes de travail partagés avec l'Acosse sont également à l'œuvre pour arbitrer le transfert ou non de la collecte des cotisants du régime Agirc-Arrco ne relevant pas du réseau des Urssaf.

Il convient de souligner l'importance d'intégrer également au projet la nécessaire mise en place d'un dispositif de fiabilisation au fil de l'eau des données portées par les Déclarations Sociales Nominatives, en particulier individuelles, au plus près de l'acte déclaratif et dans le cadre d'une régularisation progressive tout au long de l'année, ainsi que d'un dispositif d'accompagnement des entreprises dans le but qu'elles fiabilisent leur DSN ou à défaut qu'une DSN de régularisation soit réalisée. Cette intégration est indispensable compte tenu de l'impact, d'une part financier, de ces régularisations pour le régime Agirc-Arrco de l'ordre d'un milliard d'euros par an et, d'autre part sur les droits des salariés grâce à la fiabilisation des données individuelles déclarées. Il faut rappeler que c'est cet aspect fondamental lié à l'individualisation des droits résultant de la déclaration des salaires et du recouvrement des créances qui est à l'origine des difficultés de mise en œuvre des contrôles des cotisations Agirc-Arrco par les Urssaf tel que prévu par la LFSS 2007.

Ce dispositif pourrait ainsi directement servir d'autres organismes de protection sociale par la plus grande qualité des données individuelles de la DSN.

Compte tenu des délais contraints d'un transfert prévu le 1er janvier 2022 et dans l'objectif de maîtrise de la dépense publique, la ligne de conduite se doit de rechercher, en 2022 et au-delà, une pleine et entière capitalisation sur les compétences humaines et les investissements informatiques réalisés par l'Agirc-Arrco et l'Acos.

Conformément aux échanges déjà initiés sur le projet, le processus retenu vise à garantir un respect des principes inhérents au projet et partagés par les différents acteurs :

- lisibilité du processus ;*
- unicité de relation avec l'entreprise ;*
- prise en compte du droit à l'erreur, c'est-à-dire l'absence de pénalisation des erreurs mineures ou commises pour la première fois, et de la possibilité de les rectifier à tout moment et de manière facilitée ;*
- garantie de la cohérence entre les informations déclarées et vérifiées d'une part et la situation du compte Entreprises ;*
- garantie de la prise en compte des corrections de déclarations pour la mise à jour des droits des salariés enregistrés dans le RGCU et ce de façon cohérente pour les différents régimes de retraite.*

Le schéma d'organisation proposé est fait pour garantir le continuum cotisations-droits mais s'inscrit pleinement dans un dispositif de recouvrement assuré de bout en bout par l'Acos.

L'Agirc-Arrco aura à cœur de mettre au service de ce projet son expérience d'une démarche, de méthodes de travail et d'objectifs centrés sur les parcours clients, au service des entreprises, des salariés et des retraités.

Compte tenu de l'importance de ses ressources humaines actuellement affectées à l'encaissement/ recouvrement et à la fiabilisation DSN, le régime Agirc-Arrco sera particulièrement attentif aux conséquences et aux perspectives du projet pour les salariés concernés. Des investissements informatiques et humains importants ont été réalisés. Ils doivent être capitalisés au bénéfice de projets et d'autres acteurs de la protection sociale pour permettre de fiabiliser les données.

Enfin, l'Agirc-Arrco entend pleinement jouer dans le schéma cible son rôle de co-traitant de l'Acos dans le respect du champ de responsabilité de chacun des organismes, d'une part en participant aux opérations de fiabilisations de la DSN aux côtés des équipes des Urssaf et d'autre part en exerçant pleinement ses responsabilités de contrôle des opérations de recouvrement des cotisations ainsi confiées à l'opérateur Acos.
