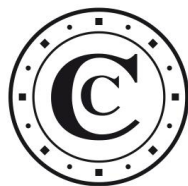


Cour des comptes



FINANCES ET COMPTES PUBLICS

LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

Mai 2023

Sommaire

Procédures et méthodes	9
Délibéré.....	13
Récapitulatif des recommandations	15
Introduction générale	23
Première partie Une situation financière de la sécurité sociale à redresser	31
Chapitre I La situation financière de la sécurité sociale : une amélioration temporaire, une dégradation prévisible.....	33
I - Malgré le dynamisme des recettes en 2022, une trajectoire de retour à l'équilibre freinée par la hausse des dépenses	35
A - Un déficit légèrement moins important que prévu initialement	35
B - Un rebond marqué de recettes poursuivi en 2022	38
C - Une hausse rapide des dépenses, supérieure aux prévisions de la loi de financement initiale	40
II - Après une amélioration conjoncturelle en 2023, des déficits qui se creusent en 2024 et dont le financement n'est plus assuré	45
A - Une amélioration attendue en 2023 grâce à la dynamique des recettes et au reflux de la crise sanitaire	46
B - À partir de 2024, une prévision de dégradation du déficit malgré les effets attendus de la réforme des retraites.....	48
C - Des conditions de financement qui s'améliorent en 2023 mais qui devront être reconsidérées.....	55
Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial de la sécurité sociale pour l'exercice 2022.....	61
I - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre pour l'exercice 2022.....	63
A - Les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2022.....	64
B - Avis de la Cour	66
C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour	67
II - Avis de la Cour sur la cohérence du tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2022.....	73
A - Le tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2022	74
B - Avis de la Cour	79
C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour	83
Annexe.....	87

Chapitre II Après la crise sanitaire, un Ondam à conforter comme outil de pilotage des dépenses de santé	89
I - Des dépassements de l'Ondam en 2022 qui fragilisent son rôle d'outil de régulation	93
A - Un fort dépassement de l'Ondam en 2022.....	93
B - Des augmentations de dépenses d'Ondam hors covid en 2022 affectant spécifiquement les produits de santé et les indemnités journalières	97
II - Au sortir de la crise sanitaire, une trajectoire des dépenses de l'Ondam à infléchir de manière volontariste	106
A - Des incertitudes sur l'exécution de l'Ondam en 2023	106
B - Des réformes plus vigoureuses indispensables pour assurer le respect de l'Ondam.....	110
Chapitre III L'information du Parlement sur la situation financière des hôpitaux : des progrès nécessaires	113
I - Une information du Parlement encore insuffisante	116
A - Une information précédemment limitée, qui devait être améliorée	116
B - Une nouvelle annexe au PLFSS qui n'apporte pas, à ce jour, de progrès notables	118
II - Des conditions de production de l'information sur les comptes à améliorer	122
A - Un manque d'exhaustivité des informations comptables auquel il doit être remédié	122
B - Un calendrier de production des comptes à avancer	124
III - Des données et analyses supplémentaires à fournir	129
A - Une information sur les résultats qui doit permettre d'apprécier la situation des établissements et les incidences sur celle-ci de l'évolution de l'Ondam	129
B - Des liens de causalité à analyser entre les plans d'investissement et le niveau de l'endettement	135
Deuxième partie Des réformes à poursuivre.....	143
Chapitre IV Expérimenter pour reformer l'organisation et la tarification des soins	145
I - Une méthode renouvelée pour tenir compte des expérimentations passées.....	147
A - Des expérimentations antérieures peu concluantes.....	147
B - Une nouvelle approche pour les expérimentations dérogeant aux règles d'organisation et de tarification des soins.....	151
II - Une priorité à accorder désormais à la sélection des innovations pertinentes et à la préparation de leur généralisation	158
A - Une stratégie et des modalités de suivi à redéfinir.....	158
B - Une sortie du cadre expérimental à préparer.....	162

Chapitre V Les Samu et les Smur, des évolutions en cours à poursuivre.....	167
I - Une adaptation récente de l'aide médicale urgente à l'évolution des demandes de soins	170
A - Une forte augmentation de l'activité et ses conséquences sur les transports ambulanciers privés.....	170
B - Une organisation des moyens qui n'est plus adaptée aux besoins	174
C - Le service d'accès aux soins : une évolution de la régulation médicale nécessaire mais encore fragile	178
II - Des réorganisations structurelles à renforcer	182
A - Une gestion des ressources humaines et de la qualité à consolider.....	182
B - Un système d'information à restructurer après l'échec du projet national	185
C - Des financements à clarifier et maîtriser.....	188
Chapitre VI Les dépenses de congés de maternité et de paternité : des droits élargis, des progrès de gestion nécessaires.....	195
I - Une dépense peu dynamique, des situations diverses selon les régimes	198
A - Dans un contexte de diminution de la natalité, une dépense principalement tirée par l'évolution des rémunérations	198
B - Des droits liés à la maternité améliorés, auxquels les mères recourent de façon variable selon les situations professionnelles	203
C - Un congé de paternité récemment allongé, auquel les pères ont recours de manière variable, selon leur situation professionnelle.....	207
II - Une gestion à améliorer, des enjeux de santé publique à mieux prendre en compte	210
A - Une clarification financière à achever	210
B - Des performances de gestion à améliorer	211
C - Une dépense peu suivie, une gestion du risque très insuffisante	215
Chapitre VII La lutte contre les fraudes aux prestations sociales : une action plus dynamique à renforcer encore	219
I - Une relance de la lutte contre les fraudes aux prestations sociales à confirmer.....	222
A - Des mesures législatives nombreuses, qui restent cependant pour l'essentiel à appliquer.....	222
B - Des réorganisations administratives qui produisent de premiers résultats.....	227
C - Des estimations du montant des fraudes plus nombreuses, mais encore très partielles.....	229
II - Un changement d'échelle de la lutte contre les fraudes à réaliser.....	234
A - Des chantiers à mener à bien pour tarir à la source les possibilités systémiques de fraude.....	234
B - Des objectifs et des contrôles visant à détecter des fraudes à renforcer, des ressources à redimensionner	240

C - Des indus à mieux constater et recouvrer, des sanctions à alourdir pour les auteurs.....	245
Troisième partie Des évolutions nécessaires	251
Chapitre VIII La maîtrise médicalisée des dépenses de santé : une régulation inaboutie.....	253
I - Un outil décevant au regard des ambitions qu'il porte	255
A - Des actions centrées principalement sur les prescriptions	255
B - Des objectifs ambitieux, des résultats incertains.....	262
II - Une refonte nécessaire	266
A - De nombreux freins au déploiement de la maîtrise médicalisée	267
B - Un indispensable changement d'échelle	269
Chapitre IX La retraite des femmes et des hommes : une réduction des écarts à poursuivre.....	277
I - Des écarts de pension résultant principalement des différences de situation sur le marché du travail	279
A - Malgré l'affirmation d'un principe d'égalité, des écarts persistants	279
B - Des situations encore inégales sur le marché du travail entre les femmes et les hommes	282
C - Des règles de calcul des pensions liées à l'emploi en pratique défavorables aux femmes	285
II - Des mécanismes spécifiques aux effets puissants, mais à mieux ajuster.....	288
A - Des droits directs au titre de la solidarité qui bénéficient davantage aux femmes mais restent à mieux calibrer	289
B - Des dispositifs de réversion qui réduisent les écarts de pension, mais restent inéquitables.....	295
Chapitre X Le régime de sécurité sociale des marins : une réforme indispensable.....	303
I - Un régime dont les règles sont complexes, obsolètes et inéquitables.....	306
A - Des règles de cotisations qui limitent les recettes du régime, des prestations financées par la solidarité nationale.....	306
B - Une gestion des paramètres du régime défailante	313
II - Une adaptation du régime de sécurité sociale des marins devenue inéluctable.....	318
A - Un contrôle des déclarations impossible depuis 2021	318
B - Les voies d'adaptation de la sécurité sociale des marins	323
Chapitre XI Les litiges des particuliers et des entreprises avec les organismes du régime général de sécurité sociale : des progrès à amplifier	329
I - La réforme des contentieux : des avancées à compléter.....	332
A - Une institution judiciaire simplifiée et dissociée de la sécurité sociale	332

B - Une réforme à poursuivre	337
C - Une amélioration de la qualité du service rendu aux requérants à concrétiser.....	339
II - Le traitement des contestations par les organismes de sécurité sociale : des enjeux d'efficacité à mieux prendre en compte	343
A - Renforcer le rôle de prévention des contentieux assuré par les commissions de recours amiable	343
B - Favoriser l'essor de la médiation	349
C - Mieux outiller la gestion des litiges pour en améliorer les résultats.....	354
Liste des abréviations	359

Procédures et méthodes¹

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.

¹ Cet encadré est une version adaptée de celui du RPT *Les personnels des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) et de la sécurité civile* (mars 2019).

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.

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.

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.

*

**

Le projet de rapport soumis à la chambre du conseil a été préparé par la sixième chambre de la Cour des comptes, présidée par Mme Hamayon, présidente de chambre, et composée de Mmes Boutereau-Tichet, Carrère-Gée, Mondoloni, MM. Appia, Bizeul, Burckel, de la Guéronnière, Fulachier, Chastenet de Géry, Colcombet, Fourrier, Machard, Moguérou, Rabaté, conseillers maîtres et M. Guégano, conseiller maître en service extraordinaire.

Le rapporteur général a successivement été M. Seiller et M. Fourier, conseillers maîtres, et leur adjoint était M. Perrin, conseiller référendaire.

Le projet de rapport a été délibéré par la sixième chambre de la Cour les 29 et 30 septembre, 13 octobre, 25 et 30 novembre, 9 et 16 décembre 2022, les 4, 9, 13 et 27 janvier, 1er, 8 et 23 février, 15 mars 2023.

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

- en tant que contre-rapporteurs, par MM. Burckel, de la Guéronnière, Viola, Fulachier et Appia, Mme Mondoloni, conseillers maîtres ;
- en tant que rapporteurs, par MM. MM. Appia, Burckel, Bizeul, Colcombet Chastenet de Géry, Fourier et Moguérou, conseillers maîtres, M. Guégano, conseiller maître en service extraordinaire, M. Perrin conseiller référendaire, MM., Samyn, Chevrier, Dalmais, Lavastre, Saint-Martin, Mmes Bascoul, Bouaziz, Burkhard, Chabbert et Ser-Istin, conseillers référendaires en service extraordinaire, avec le concours de Mmes Aghoyan, Veyrat, Le Vouedec, Yahi, MM. Chouabi, Coppola, Dardigna et Mc Shine, experts de certification, et de Mme Catherine, MM. Boulén, Dejean, Charre, Théveneau, vérificateurs.

Les projets de chapitres ont été examinés et approuvés :

- le 14 février 2023 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, Mme Camby, rapporteure générale, M. Andréani, Mme Podeur, Mme Démier, Mme Hamayon, M. Meddah, présidentes et présidents de chambre de la Cour, M. Soubeyran, conseiller maître, président de section, représentant M. Charpy, président de la première chambre, M. Michaut, M. Lejeune, M. Advielle et Mme Renet, présidente et présidents de chambre régionale des comptes, M. Gautier, procureur général, entendu en ses avis ;

- les 14 mars et 9 mai 2023 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, M. Rolland, rapporteur général, Mme Podeur, M. Charpy, Mme Camby, Mme Démier, Mme Hamayon, M. Meddah, présidentes et présidents de chambre de la Cour, M. Michaut, M. Lejeune, M. Advielle, présidents de chambre régionale des comptes, M. Gautier, procureur général, entendu en ses avis.

M. Bertucci, président de la chambre du contentieux, s'est déporté pour l'examen du présent rapport.

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 ordinaire, a adopté le présent rapport sur *La sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (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, M. Charpy, Mmes Camby, Démier, Hamayon, MM. Meddah, Rolland, présidents de chambre, MM. Barbé, Lefebvre, Antoine, Guérout, Guillot Mme Périn, MM. Miller, Chatelain, Appia, Mme Mondoloni, MM. Tersen, Chastenot de Géry, Mme Roche, MM. Bonnaud, Burckel, Ledroit, et Rivoisy, conseillers maîtres, M. Richier, Mme Reynier, MM. Pelé, Autran, Saint-Paul, Keïta, conseillers maîtres en service extraordinaire.

Ont été entendus :

- en sa présentation, Mme Hamayon, présidente de la chambre chargée des travaux sur lesquels le rapport est fondé et de la préparation du rapport ;
- en son rapport, M. Rolland, rapporteur général, rapporteur du projet devant la chambre du conseil, assisté de M. Fourier, conseiller maître, rapporteur général, de M. Perrin, conseiller référendaire, rapporteur général adjoint de ce rapport devant la chambre chargée de le préparer ;
- en ses observations orales, sans avoir pris part au délibéré, M. Gautier, procureur général, accompagné de M. Slama, substitut général.

Les membres de la chambre du conseil dont les noms suivent n'ont pas pris part à la délibération : M. Bertucci, président de chambre et M. Sitbon, président de section.

Mme Wirgin, secrétaire générale, assurait le secrétariat de la chambre du conseil.

Fait à la Cour, le 16 mai 2023

Récapitulatif des recommandations

1. *Rétablir la production des éléments d'information, à joindre en annexe au PLACSS, détaillant, expliquant et comparant selon les exercices les tableaux d'équilibre et le tableau de situation patrimoniale (ministère de la santé et de la prévention, ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion).*
2. *Renforcer la traçabilité et revoir les modalités d'établissement, de validation, de formalisation et d'explication des retraitements opérés pour la production des tableaux d'équilibre, afin de permettre à la Cour de communiquer au Parlement ses avis sur leur cohérence au moment du dépôt du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (ministère de la santé et de la prévention, ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion).*
3. *Tirer les conséquences de la mise en œuvre du PLACSS qui nécessite de revoir le calendrier relatif à la production des tableaux d'équilibre et du tableau de situation patrimoniale, en*
 - *avançant de 15 jours la date de production des comptes ;*
 - *prévoyant une réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale la première quinzaine de mai, avant le dépôt du projet de loi (ministère de la santé et de la prévention, ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion);*
4. *(recommandation réitérée) 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 de la santé et de la prévention, ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes*

handicapées, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion).

5. *Rétablir le seuil d'alerte en cas de risque de dépassement de l'Ondam de 0,5 % sans distinction entre dépenses covid et hors covid (ministère de la santé et de la prévention, ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion) ;*
6. *Réserver les provisions sur les établissements de santé et médico-sociaux aux dépenses imprévues, notamment aux charges additionnelles liées à l'inflation (ministère de la santé et de la prévention, ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion) ;*
7. *Dans une perspective pluriannuelle, poursuivre plus vigoureusement les réformes visant une meilleure efficacité des dépenses de l'Ondam, notamment en remédiant aux dépassements par des dispositifs de régulation couvrant l'ensemble des secteurs (ministère de la santé et de la prévention, ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion).*
8. *Produire, dans l'annexe 6 aux PLFSS des années 2024 et suivantes, pour les hôpitaux publics, les établissements de santé privés d'intérêt collectif et les cliniques à but lucratif :*
 - *une analyse de l'activité de l'année et de son incidence sur les recettes ;*
 - *une description des financements de toute nature perçus par les établissements de santé, des conditions de leur mise en réserve et de leur restitution, et des conditions d'attribution complémentaire d'aides en trésorerie à certains établissements en difficulté ;*
 - *une analyse rétrospective et prospective des trajectoires d'investissement et d'endettement, en particulier pour les établissements surendettés (ministère de la santé et de la prévention).*
9. *Fournir, en vue de la préparation de l'annexe aux PLFSS 2024 et suivants, un niveau d'analyse de la situation financière des établissements de santé privés d'intérêt collectif équivalent à celui relatif aux hôpitaux publics et aux cliniques à but lucratif, et calculer*

des indicateurs financiers identiques pour les trois catégories d'établissements (Atih et ministère de la santé et de la prévention).

10. *Attribuer aux établissements de santé, avant le 31 décembre, la totalité des dotations dues au titre de l'année n ; en cas de dépassement constaté de l'objectif de dépenses des établissements de santé, compenser le trop-versé en ajustant, à due concurrence, le montant des dotations de l'année n+1 (ministère de la santé et de la prévention).*
11. *Avancer la date limite de l'arrêté définitif des comptes des hôpitaux publics pour la rapprocher de celle de l'assurance maladie (15 mars) et fixer la date limite d'approbation des comptes des hôpitaux par leurs conseils de surveillance avant celle du dépôt du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (avant le 1^{er} juin) (ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, ministère de la santé et de la prévention).*
12. *Limiter le flux d'entrée de nouveaux projets, en s'assurant qu'ils correspondent aux orientations prioritaires (ministère de la santé et de la prévention).*
13. *Procéder à une analyse globale de l'évaluation des expérimentations relevant d'une même thématique et des impacts qui en résulteraient sur le système de santé et les dépenses d'assurance maladie avant de décider de leur généralisation (ministère chargé de la santé et de la prévention).*
14. *Prévoir la généralisation anticipée des expérimentations les plus prometteuses et l'arrêt avant leur terme de celles n'ayant pas répondu aux attentes (ministère de la santé et de la prévention).*
15. *Identifier, dès la mise en œuvre des expérimentations, les conditions pratiques de leur généralisation, notamment en matière de compétences attendues des professionnels de santé ou d'évolution des systèmes d'information de prise en charge des patients et de facturation des soins (ministère de la santé et de la prévention).*
16. *Organiser la conduite des chantiers de généralisation des expérimentations dans un cadre coordonné entre les services de l'État et ceux de l'Assurance maladie (ministère chargé de la santé et de la prévention).*
17. *Adapter le maillage territorial des plateformes de régulation médicale (Samu) pour mettre en adéquation leur niveau d'activité et les ressources à mobiliser (ministère de la santé et de la prévention).*

18. *Moduler davantage les types d'intervention de l'aide médicale urgente en fonction des besoins locaux, afin d'utiliser à bon escient les ressources médicales (Smur, transports infirmiers inter-hospitaliers, équipe paramédicalisée de médecine d'urgence).*
19. *Piloter de manière effective le déploiement des services d'accès aux soins, afin d'évaluer leur effet sur la pertinence des réponses aux demandes de soins non programmés de ville (ministère de la santé et de la prévention).*
20. *Renforcer le suivi du plan national « Qualité Samu » et étendre aux activités médicales de régulation le champ de l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales (ministère de la santé et de la prévention).*
21. *Respecter en 2024 le nouvel objectif de déploiement de systèmes d'information modernisés de régulation médicale (17 Samu équipés) (ministère de la santé et de la prévention).*
22. *Organiser un recueil de description médicale de l'activité des services de régulation médicale et d'accès aux soins, afin d'établir des référentiels de prise en charge dans un territoire (ministère de la santé et de la prévention).*
23. *Achever le transfert du financement des congés de maternité et de paternité vers la branche famille en veillant à préserver l'équilibre financier de la branche (ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, Cnam, Cnaf).*
24. *Développer des outils statistiques de suivi de la santé des femmes enceintes et du non recours au congé de maternité (ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, Cnam, Cnaf).*
25. *Afin d'améliorer le suivi et de réduire les délais de versement des indemnités journalières, limiter à la seule déclaration sociale nominative l'information relative aux arrêts de travail liés à la grossesse en provenance des employeurs (ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, Cnam).*
26. *Aligner la durée des droits relatifs au congé d'adoption et au congé pathologique des non-salariés sur celle des salariés (ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées).*
27. *Publier les textes réglementaires permettant d'assurer une application rapide et entière des dispositions organiques et législatives parues depuis 2020 qui concourent à lutter plus efficacement contre la fraude sociale (ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion, ministère*

de la santé et de la prévention, ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique,).

28. *Adapter les systèmes d'information afin de constater et mettre en recouvrement les indus frauduleux sur l'ensemble des périodes non prescrites selon les règles de droit en vigueur (ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion, ministère de la santé et de la prévention, ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, Cnaf et Cnam).*
29. *Dans le cadre du projet METEORe de refonte de la chaîne informatisée de règlement des frais de santé, déployer des contrôles automatisés permettant de bloquer les règlements de l'ensemble des facturations des professionnels et des établissements de santé qui présentent un caractère irrégulier au regard des nomenclatures tarifaires en vigueur (ministère de la santé et de la prévention, Cnam).*
30. *Afin de réduire notablement les fraudes non détectées, porter dès 2024 le nombre de contrôles a posteriori à un niveau plus élevé que celui de 2019, antérieur à la crise sanitaire (ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion, ministère de la santé et de la prévention, ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, Cnaf, Cnam et Cnav).*
31. *Justifier les économies attendues au titre des actions de maîtrise médicalisée inscrites dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, en précisant les déterminants de la dépense (prix et volume) retenus pour fixer les objectifs d'économie, et détailler le mode de calcul des résultats pour le dernier exercice connu (ministère de la santé et de la prévention, Cnam).*
32. *Enrichir les données médicales et de vie du patient et les organiser en vue de leur consolidation au niveau national, afin d'améliorer les actions de maîtrise médicalisée et leur évaluation (ministère de la santé et de la prévention, Cnam).*
33. *Rendre obligatoire l'utilisation de la prescription électronique, notamment pour les médicaments et les dispositifs médicaux, ainsi que la mention des indications médicales justifiant ces prescriptions (ministère de la santé et de la prévention, Cnam).*
34. *Faire appliquer plus rigoureusement l'obligation pour le prescripteur de mentionner sur les ordonnances l'utilisation des médicaments en dehors du champ prévu par leur autorisation de mise sur le marché*

(« hors-AMM ») et encadrer plus précisément cette utilisation (durée, posologie...) (ministère de la santé et de la prévention, Cnam, ANSM, HAS).

35. *Refonder l'assiette des cotisations et l'acquisition de droits aux prestations de sécurité sociale des marins sur la base du revenu brut en préservant les droits à retraite antérieurement constitués dans le régime spécial sur la base des salaires forfaitaires (ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion, ministère de la santé et de la prévention, secrétariat d'État auprès de la Première ministre, chargé de la mer).*
36. *Restaurer la durée de cinq ans d'affiliation, en-dessous de laquelle les marins ne sont pas éligibles à la pension spéciale et introduire des conditions d'âge minimum et de ressources pour le bénéfice de la pension de réversion (ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion, ministère de la santé et de la prévention, secrétariat d'État auprès de la Première ministre, chargé de la mer).*
37. *Affilier les marins à la branche maladie du régime général en commençant par les prestations en nature et en poursuivant par les prestations en espèces et la couverture des accidents du travail et des maladies professionnelles pour les actifs (ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion, ministère de la santé et de la prévention, secrétariat d'État auprès de la Première ministre, chargé de la mer).*
38. *Appliquer un seul taux de cotisation patronale à tous les employeurs maritimes et prévoir un dispositif simplifié de réduction ou d'exonération de charges modulable uniquement en fonction des contraintes économiques propres à chaque secteur maritime (ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion, ministère de la santé et de la prévention, secrétariat d'État auprès de la Première ministre, chargé de la mer).*
39. *Effectuer une étude d'impact détaillée d'un transfert du juge administratif au juge judiciaire des contentieux dits de l'aide sociale, destiné à faciliter pour les particuliers l'accès à la justice (ministère de la justice).*
40. *Instaurer une représentation obligatoire des requérants, particuliers et entreprises, par un avocat ou une association de leur choix devant les chambres sociales des cours d'appel qui traitent des contentieux de la sécurité sociale (ministère de la justice).*
41. *Accroître la place de la médiation dans la résolution des contestations à l'encontre des décisions des organismes du régime général, en intégrant progressivement à l'ensemble des notifications de décisions*

défavorables la mention de la possibilité de saisir le médiateur (ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion, ministère de la santé et de la prévention, ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, Acof, Cnaf, Cnam, Cnav).

42. *Accélérer les délais de traitement des recours par les commissions de recours amiable des Urssaf, en supprimant l'intervention préalable des instances départementales d'instruction des recours amiables et des commissions des instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants (ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique).*

Introduction générale

Dans son dernier rapport public annuel², la Cour des comptes a constaté que la situation des finances publiques de la France restera en 2023 parmi les plus dégradées de la zone euro. Elle a rappelé que la Commission européenne juge élevés les risques portant sur la soutenabilité de la dette publique française à moyen terme. La Cour estime donc qu'il n'est plus possible de repousser davantage le nécessaire redressement des finances publiques.

Au-delà des réformes des retraites et de l'assurance chômage, déjà engagées, une revue annuelle des dépenses aura pour objet d'identifier les pistes permettant aux politiques publiques d'être plus efficaces et plus économes. La Cour fournira à cet effet, dans les prochaines semaines, des pistes complémentaires à travers des publications spécifiques.

Dès à présent, le rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale 2023 s'attache à :

- analyser la situation des finances sociales au terme de l'exercice 2022, afin d'éclairer le vote par le Parlement de la loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale, dont le projet lui est présenté pour la première fois dès le mois de mai 2023 ;
- tirer le bilan de la mise en œuvre de réformes adoptées par les dernières lois de financement de la sécurité sociale et à évaluer en particulier leur apport à la maîtrise et à la qualité des dépenses de sécurité sociale ;
- illustrer, à travers quatre exemples, la nécessité d'engager les évolutions de nature à renforcer l'efficacité de la dépense publique dans le secteur de la sécurité sociale.

² Cour des comptes, *la situation d'ensemble des finances publiques (à fin février 2023)*, rapport public annuel 2023.

Une situation financière de la sécurité sociale à redresser

(Partie I)

Outre l'analyse des comptes de la sécurité sociale et celle de l'évolution des dépenses maladie, qui font l'objet des chapitres I et II du présent rapport³, sa première partie comporte un chapitre III relatif à l'information du Parlement sur la situation financière des établissements de santé, à travers la nouvelle annexe 6 au PLFSS, prévue par la loi organique du 14 mars 2022.

Des réformes nécessaires pour asseoir un redressement pérenne des comptes de la sécurité sociale

Le déficit de la sécurité sociale s'est élevé à 19,6 Md€ en 2022, ne se réduisant que faiblement par rapport à 2021. Selon les prévisions adoptées en loi de financement rectificative, il devrait fortement, mais temporairement, diminuer en 2023 pour s'établir à 8,2 Md€, du fait principalement du repli des dépenses d'assurance maladie liées à la crise sanitaire.

Les économies attendues des dispositions de la loi portant réforme des retraites, promulguée le 14 avril 2023, ne seront réalisées que progressivement et seront en tout état de cause insuffisantes pour ramener les régimes obligatoires de base de retraite et le FSV à l'équilibre. Leur déficit s'établirait à 5,7 Md€ en 2030. Parallèlement, les dépenses d'assurance maladie resteraient sous forte tension. Leur évolution pluriannuelle, selon les prévisions gouvernementales, à un niveau très proche de l'inflation ne peut être envisagée sans un engagement déterminé d'actions de réforme, de nature à concilier qualité des soins et maîtrise de la dépense. En toute hypothèse, la dette portée par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) devrait croître à nouveau. Cette évolution, qui ne pourrait perdurer, soulève la question d'une nouvelle prolongation de l'existence de la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).

³ La loi organique n°2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a créé la loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (LACSS). Le RALFSS fait désormais l'objet d'un dépôt conjoint au projet de loi, avant le 1^{er} juin suivant la clôture de l'exercice. Les délais impartis à la Cour des comptes pour conduire les analyses nécessaires aux avis sur les tableaux d'équilibre de l'exercice, pour tous les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et le FSV, et sur le tableau de situation patrimoniale, inclus dans ce rapport, sont extrêmement contraints, au risque de limiter le degré d'assurance de l'opinion émise par ces avis. Un avancement du calendrier d'arrêtés des comptes des organismes de sécurité sociale apparaît nécessaire.

Crédibiliser la régulation des dépenses d'assurance maladie en agissant sur l'efficience de la dépense et l'organisation du système de soins

Au-delà du coût propre à la crise sanitaire (évalué à 48,3 Md€ en cumul de 2020 à 2022), le niveau annuel des dépenses d'assurance maladie a progressé entre 2019 et 2022 de 35,1 Md€, soit 17,5 % sur la période ou 4,4 % par an. Les revalorisations salariales des personnels des établissements de santé publics et privés représentent moins d'un tiers de cette progression : 10,2 Md€ au titre des accords du Ségur à fin 2022, et 1,5 Md€ de juillet à décembre 2022 au titre de la prise en compte de l'inflation⁴.

En 2022, l'augmentation des indemnités journalières d'arrêt de travail hors covid (+8,1 %), des dépenses⁵ de produits de santé (+4 %) ou des dépenses d'honoraires médicaux et dentaires (+4,1 %) témoignent de la vigueur de l'évolution des dépenses et de l'insuffisance du rôle de régulation rempli par l'Ondam. Dans ce contexte, le respect du rythme d'évolution de l'Ondam, fixé en 2023 et les années suivantes⁶ à un niveau légèrement inférieur à celui de l'inflation prévisionnelle hors tabac, ne pourra être atteint qu'avec des mesures vigoureuses visant à concilier objectifs de santé publique, qualité et efficience de la dépense, que la Cour a maintes fois recommandées.

Préciser et compléter l'information du Parlement sur la situation financière des établissements de santé publics et privés

Les dépenses de l'assurance maladie dans le secteur des établissements de santé sont de l'ordre de 100 Md€, soit environ 40 % de l'objectif annuel (Ondam) voté par le Parlement. Ces montants constituent la majeure partie des recettes des établissements et leur évolution a donc un poids considérable sur la situation financière du secteur.

La Cour s'est attachée à apprécier la qualité de l'information sur la situation financière des établissements de santé telle qu'elle est portée à la connaissance du Parlement, notamment à travers une nouvelle annexe, produite pour la première fois en septembre 2022 à l'appui du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Il apparaît nécessaire que les informations qui y figurent soient complétées pour donner au Parlement une meilleure visibilité sur les perspectives de résultat et les risques relatifs à la dette des établissements de santé.

⁴ Soit 2,9 Md€ en année pleine à compter de 2023.

⁵ Nettes des remises et des contributions versées par les laboratoires pharmaceutiques.

⁶ Tel qu'il ressort de la prévision 2024-2026 annexée au PLFRSS 2023 portant réforme des retraites.

Des réformes à poursuivre

(Partie II)

Les chapitres de cette deuxième partie du rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale évaluent la mise en œuvre de mesures décidées récemment dans le cadre de ces lois.

Le bilan dressé illustre la nécessité de poursuivre les efforts de réforme, qu'il s'agisse des évolutions des règles d'organisation et de tarification des soins (chapitre IV), de l'organisation de l'aide médicale urgente et des soins non programmés en ville (chapitre V), de l'indemnisation des congés de maternité et de paternité (chapitre VI) ou de la lutte contre la fraude aux prestations sociales (chapitre VII).

Préparer les conditions de la généralisation de dispositifs expérimentaux, dérogatoires aux règles de financement et d'organisation des soins

L'organisation du système de santé reste cloisonnée et dispersée, en particulier pour les soins de ville, ce qui ne facilite pas l'intervention coordonnée et efficiente des professionnels de santé au bénéfice des patients, notamment de ceux, de plus en plus nombreux, atteints de pathologies chroniques. L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a institué un cadre juridique pérenne permettant de déroger à titre expérimental à des règles générales d'organisation ou de tarification.

Depuis 2018, plus de 120 projets ont été engagés à ce titre. La plupart arrivent à échéance en 2023 et 2024. L'enjeu est de réussir la sortie du cadre expérimental et de préparer sans tarder le cadre d'entrée dans le droit commun des expérimentations qui se seront avérées concluantes, pour améliorer la qualité des soins tout en maîtrisant les dépenses d'assurance maladie.

Poursuivre la réorganisation de l'aide médicale urgente et des soins non programmés de ville

En sept ans, de 2014 à 2020, le nombre d'appels reçus par les Samu centre-15 a augmenté de 22 %, notamment du fait de la croissance des demandes de soins non programmés relevant en réalité de la médecine de ville ou de celle des besoins de transports vers les établissements hospitaliers pour des soins urgents n'engageant pas de pronostic vital. Diverses adaptations sont nécessaires.

L'organisation départementale de la régulation médicale mériterait parfois d'être mutualisée sur des zones géographiques plus étendues. Le recours à des auxiliaires médicaux pourrait également être envisagé dans certains cas pour éviter la mobilisation inutile de temps médical. Les

services d'accès aux soins (SAS), créés en 2021 pour éviter des sollicitations inutiles des services d'urgence hospitaliers, sont en cours de déploiement. Leur succès apparaît subordonné à une montée en puissance de l'organisation territoriale de la médecine de ville, à travers les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), et à un meilleur pilotage des moyens financiers qui financent la régulation médicale, aujourd'hui dispersés et dont l'efficacité n'est pas garantie.

Mieux gérer les congés de maternité et de paternité

En 2021, les caisses de sécurité sociale ont versé, respectivement, près de 3 Md€ et 330 M€ de prestations au titre des congés de maternité et de paternité. Les conditions d'ouverture des droits et les modalités de calcul de ces prestations ont évolué ces dernières années à travers, notamment, un rapprochement des règles applicables aux mères travailleuses indépendantes et exploitantes agricoles avec les règles en vigueur pour les salariées et un allongement de 11 à 25 jours pour les pères de la période indemnisable au titre du congé de paternité. La durée moyenne effective des congés pris par les mères, notamment non salariées, reste cependant inférieure aux durées minimales prévues par la réglementation. Quant aux pères, plus leur situation professionnelle est précaire, moins ils recourent à leur droit à congé paternité.

Par ailleurs, la gestion des prestations par les caisses de sécurité sociale présente des marges de progrès, notamment en matière de réduction des délais de versement de leurs indemnités aux bénéficiaires, qui sont anormalement longs. Le dispositif statistique de suivi est très insuffisant, ce qui empêche la mise en œuvre à l'intention des mères d'actions de prévention et de contrôle des congés pathologiques.

Amplifier la lutte contre la fraude aux prestations sociales

En septembre 2020, la Cour a formulé une quinzaine de recommandations pour lutter plus efficacement contre la fraude aux prestations sociales. Plusieurs d'entre elles se sont effectivement traduites par des mesures utiles prises à l'occasion des dernières lois de financement de la sécurité sociale.

Des efforts importants restent indispensables pour mettre en œuvre les mesures existantes ou récemment instituées, évaluer de manière plus complète le coût de la fraude, dont les montants s'élèvent à plusieurs milliards d'euros, et mettre en recouvrement les indus frauduleux. La Cour réitère ses recommandations antérieures et en formule quatre nouvelles.

Des évolutions nécessaires

(Partie III)

La Cour s'est intéressée à quatre domaines qui n'ont pas fait l'objet de réformes ni même de mesures récentes dans le cadre des lois de financement de sécurité sociale, ou qui ne constituent pas une priorité de gestion pour les organismes de sécurité sociale.

Les enquêtes conduites mettent en évidence, à des degrés divers, une efficacité insuffisante de l'action publique dans plusieurs domaines importants, qu'il s'agisse des actions de l'assurance maladie portant sur la pertinence des actes et des prescriptions médicales (chapitre VIII), des écarts de pensions de retraite entre les femmes et les hommes (chapitre IX), de la gestion du régime de sécurité sociale du secteur maritime (chapitre X) ou de la gestion des litiges entre les assurés et les organismes de sécurité sociale (chapitre XI).

Refonder la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie

Au tournant des années quatre-vingt-dix et deux-mille, il est apparu nécessaire, pour respecter les objectifs d'évolution des dépenses d'assurance maladie, d'agir non seulement sur les coûts mais aussi sur les pratiques médicales afin de favoriser l'utilisation, à efficacité égale, des techniques les moins coûteuses et de réduire le nombre d'actes réalisés et de produits dispensés inutilement. Toutefois, les actions engagées par l'assurance maladie à cet effet, sous le vocable de « *maîtrise médicalisée* », présentent un champ d'application réduit pour l'essentiel aux prescriptions médicamenteuses. Leur effet apparaît limité, les comparaisons internationales situant la France en mauvaise place par rapport à ses voisins européens. Enfin, la méthode d'évaluation de leurs résultats est particulièrement discutable.

Un nouvel élan doit être donné à la recherche d'une plus grande efficacité des pratiques médicales, qui doit aller bien au-delà des ajustements mis en œuvre récemment par l'assurance maladie. Cela suppose de concevoir et de déployer avec résolution des outils qui font défaut aujourd'hui, comme les référentiels de pratique médicale ou la numérisation des diagnostics et des prescriptions.

Poursuivre la réduction des inégalités de retraite entre femmes et hommes

La loi a fixé au système de retraite par répartition des objectifs de solidarité, notamment celui d'assurer l'égalité entre les femmes et les hommes. Elle prévoit aussi que les pensions versées soient en rapport avec les revenus tirés des activités professionnelles. Malgré l'augmentation du taux d'emploi des femmes et la réduction des écarts de salaires avec ceux des hommes, leurs pensions étaient encore inférieures de 28 % en 2020. Les dispositifs, coûteux et en partie inadaptés, d'attribution de droits liés aux enfants, ou de réversion à l'épouse survivante d'une partie de la pension du mari décédé, compensent partiellement ces écarts.

Les dispositions de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 portant sur la réforme des retraites ne sont pas de nature à corriger ces constats et, si la réduction des écarts de pension entre les femmes et les hommes passe d'abord par des actions sur le marché du travail, un ajustement des différents dispositifs propres aux retraites (droits familiaux ou règles de réversion) est en conséquence indispensable.

Réformer le régime de sécurité sociale des marins

Le régime de sécurité sociale des marins est caractérisé depuis son origine par une réglementation spécifique et complexe et par un financement provenant pour l'essentiel de l'État et de l'assurance maladie plutôt que des prélèvements assis sur les salaires. Sa gestion a été profondément déstabilisée par deux réformes récentes relatives, pour la première, aux simplifications des règles de la circulation maritime et, pour la seconde, à l'utilisation de la déclaration sociale nominative (DSN) sans simplification préalable des paramètres, souvent désuets, nécessaires au calcul des cotisations et des prestations en espèces servies par le régime.

Une réforme en profondeur est inéluctable. Elle devra concilier les enjeux de préservation des droits déjà constitués et d'équité par rapport à l'ensemble des assurés sociaux, la prise en compte de la pénibilité et de la dangerosité de certains métiers relevant du régime des marins et la situation économique propre à chacun des secteurs qui composent le monde maritime. La Cour formule à cet effet une série de recommandations.

Prévenir et traiter plus rapidement les litiges entre les particuliers et les organismes de sécurité sociale

La loi du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle a réformé en profondeur l'organisation du traitement des contentieux entre les particuliers et les organismes de sécurité sociale. Il est confié désormais aux juridictions ordinaires de l'ordre judiciaire ou administratif. La loi du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance a généralisé l'intervention facultative de médiateurs au service des usagers et des organismes de sécurité sociale.

Des simplifications restent nécessaires pour faciliter l'accès à la justice des assurés sociaux. Les juridictions doivent faire un usage plus efficace des moyens supplémentaires qui leur ont été attribués afin de réduire le délai de traitement des affaires. Les commissions de recours amiable, instances précontentieuses obligatoires des caisses de sécurité sociale, se caractérisent par des délais de traitement largement supérieurs au délai maximum fixé par la loi. Les décisions fondées sur leurs avis sont, en général, moins favorables aux usagers que ne le sont les propositions de résolution des litiges faites par les médiateurs, dont la place mériterait d'être renforcée.

Première partie

Une situation financière de la sécurité sociale à redresser

Chapitre I

La situation financière de la sécurité sociale :

une amélioration temporaire,

une dégradation prévisible

PRÉSENTATION

Très proches de l'équilibre en 2018 et en 2019, les soldes de la sécurité sociale ont été profondément dégradés par la crise sanitaire en 2020 et en 2021. Le reflux de l'épidémie, le rebond de l'économie et la reprise de l'emploi à partir de 2021 ont ensuite restauré les recettes et favorisé un redressement progressif.

Toutefois, les dépenses ont, en parallèle, fortement augmenté. Cette hausse résulte de la prolongation de la crise sanitaire en 2021 et au début de 2022 et du déploiement depuis 2020 d'un programme pluriannuel de revalorisations salariales et d'investissement structurel en faveur de l'hôpital et des établissements médico-sociaux. De surcroît, à compter de 2022, la reprise de l'inflation a conduit les pouvoirs publics à revaloriser par anticipation, dès le 1^{er} juillet 2022, les pensions de retraites et d'invalidité, les rentes AT-MP et les prestations familiales servies par la sécurité sociale.

Le déficit de 2022, qui s'élève à 19,6 Md€, présente en conséquence une amélioration modeste au regard de l'ampleur de la reprise économique (taux de croissance de 2,6 %, augmentation de la masse salariale de 8,7 % avec la reprise de l'inflation et la baisse du chômage).

En 2023, une forte réduction du déficit est attendue. Il atteindrait 8,2 Md€ selon la prévision la plus récente de la loi de financement rectificative du 14 avril 2023. Ce solde permettrait de rendre excédentaire la situation nette de trésorerie de la sécurité sociale et d'assurer un début de réduction de la dette sociale. Cette évolution ne devrait toutefois être que transitoire.

À partir de 2024, une nouvelle dégradation de la situation financière de la sécurité sociale est attendue du fait du déficit croissant de la branche vieillesse et de la progression des dépenses d'assurance maladie, malgré la réforme des retraites récemment adoptée.

Le présent chapitre analyse le redressement limité des finances sociales en 2022 (I) et sa poursuite attendue en 2023 dans un contexte où, malgré la réforme des retraites, les conditions de retour à l'équilibre à moyen terme ne sont pas réunies et où les modalités de financement futures de la dette restent à prévoir (II).

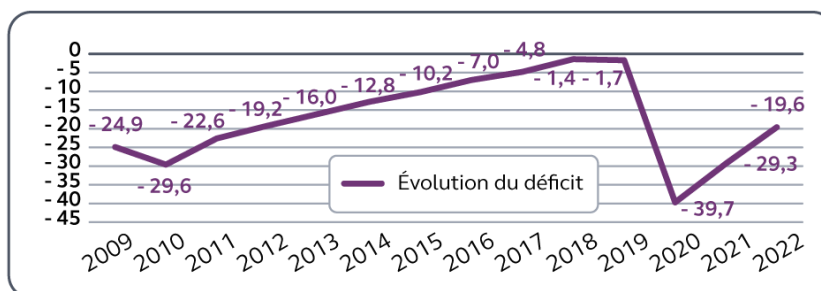
I - Malgré le dynamisme des recettes en 2022, une trajectoire de retour à l'équilibre freinée par la hausse des dépenses

Le déficit de la sécurité sociale en 2022 est proche des prévisions de la loi de financement initiale (A). Ce résultat masque plusieurs bouleversements survenus après les prévisions : une forte amélioration des recettes occasionnée par la croissance de la masse salariale (B), que compense une hausse importante des dépenses, en particulier pour faire face à la continuation de la crise sanitaire et à l'inflation (C).

A - Un déficit légèrement moins important que prévu initialement

Le déficit des régimes obligatoires de base⁷ de la sécurité sociale (Robss) et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) a atteint 19,6 Md€ en 2022, soit 0,7 % du PIB.

Graphique n° 1 : évolution du déficit agrégé des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV (2009-2022, en Md€)



Note : La LFSS pour 2022 a été adoptée avec un déficit 2020 s'élevant à 39,7 Md€. En tenant compte de la rectification du déficit 2021 votée par le Parlement en LFSS pour 2023, minoré de 5 Md€ produits rattachables à 2020, le solde correspondant pour 2020 s'établirait à -34,7 Md€.
Source : Cour des comptes d'après les comptes 2022 des régimes de sécurité sociale et les tableaux d'équilibre approuvés par les LFSS pour les années antérieures

⁷ En application de la réforme organique des lois de financement de la sécurité sociale du 14 mars 2022, la loi d'approbation des comptes (LACSS) soumet à l'approbation du Parlement des tableaux d'équilibre relatifs à l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale et au FSV du dernier exercice clos, mais plus de tableau d'équilibre propre au seul régime général (RG). Le déficit du RG et du FSV s'élève pour 2022 à 18,8 Md€.

Le solde est en amélioration de 1,8 Md€ par rapport à la prévision initiale de la LFSS pour 2022 (- 21,4 Md€), mais en légère détérioration par rapport aux dernières prévisions figurant en loi de financement rectificative pour 2023 (- 18,9 Md€), en raison d'un dernier trimestre 2022 moins favorable qu'anticipé.

Par rapport à 2021, le solde est en amélioration de 9,7 Md€ si l'on tient compte de la rectification des tableaux d'équilibre de 2021 opérée par le Parlement lors du vote de la LFSS pour 2023 (*voir encadré*) et de 4,7 Md€ par rapport aux comptes publiés sans cette rectification.

La rectification par le Parlement des tableaux d'équilibre de 2021 de la sécurité sociale, après le rapport de certification de la Cour

Dans le rapport de certification des comptes de 2021 du régime général, la Cour avait souligné l'anomalie que constituait la comptabilisation au titre de 2021 de produits perçus auprès des travailleurs indépendants et rattachables à l'exercice 2020. Cette comptabilisation conduisait à majorer de 5 Md€ le résultat de 2021 et à minorer d'autant le résultat de 2020⁸.

S'appuyant sur l'opinion de la Cour, le Parlement a adopté un amendement rectifiant les recettes et le solde (respectivement à 538 Md€ et à - 29,3 Md€, au lieu de 543 Md€ et de - 24,3 Md€) des tableaux d'équilibre de 2021 de l'ensemble des régimes obligatoires de base, ainsi que du régime général, à l'occasion de leur approbation en loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

À défaut d'avoir pu disposer de comptes 2021 *pro forma* produits par les organismes de sécurité sociale, qui auraient permis la comparaison entre les exercices 2022 et 2021, la Cour a analysé l'exécution 2022 au regard des données des tableaux d'équilibres de 2021 tel que rectifié par le Parlement à l'article 1 de la LFSS pour 2023⁹.

Comme le détaille le tableau suivant, la branche maladie porte, à elle seule, un déficit (21 Md€) supérieur à celui de l'ensemble de la sécurité sociale, en aggravation de 1,9 Md€ par rapport à la prévision initiale.

⁸ Afin d'alléger la trésorerie des travailleurs indépendants lors de la crise sanitaire, les prélèvements sociaux dont ils étaient redevables ont été appelés en 2020 sur la base de 50% de leurs revenus professionnels connus. La régularisation de ces prélèvements a été effectuée en 2021 sur la base des revenus de 2020 effectivement déclarés. Les prélèvements reportés ont improprement été comptabilisés parmi les produits de l'exercice 2021 alors qu'ils étaient rattachables à l'exercice 2020. Voir Cour des comptes, *Certification des comptes du régime général de sécurité sociale – exercice 2021*, mai 2022.

⁹ À l'exception de l'analyse des recettes par nature, du fait de l'absence de données comptables rectifiées adéquatement.

**Tableau n° 1 : soldes 2022 des Robss et du FSV comparés
à la prévision initiale de 2022 et aux soldes de 2021 (en Md€)**

	Réalisé 2022	LFSS 2022	Écart à la prévision	Réalisé 2021	Écart 2022 - 2021
Maladie	-21,0	-19,1	-1,9	-28,7	7,7
AT-MP	1,7	1,4	0,3	1,3	0,4
Famille	1,9	1,9	0,0	2,2	-0,3
Vieillesse	-3,8	-1,9	-1,9	-2,7	-1,1
Autonomie	0,2	-1,1	1,3	0,2	0,0
Total Robss	-21,0	-19,7	-1,3	-27,7	6,7
FSV	1,3	-1,7	3,0	-1,5	2,8
Vieillesse + FSV	-2,5	-3,6	1,1	-4,2	1,7
Total Robss + FSV	-19,6	-21,4	1,8	-29,3	9,7

Source : Cour des comptes d'après la LFSS 2022, la LFSS 2023 (article 1 rectifiant les tableaux d'équilibre pour 2021) et les comptes définitifs 2022

Le déficit de la branche vieillesse s'accroît, passant de 2,7 Md€ en 2021 à 3,8 Md€ en 2022. Il est toutefois réduit d'un tiers par le FSV. Il s'explique par les déficits du régime général pour 2,9 Md€ (contre 1,1 Md€ en 2021) et de la caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) pour 1,8 Md€ (contre 1,2 Md€ en 2021). Les autres régimes sont, en règle générale, en excédent ou à l'équilibre. Cet équilibre est toutefois obtenu, pour le régime de la fonction publique d'État et pour un certain nombre de régimes spéciaux, par le versement de contributions de l'employeur ou de subventions de l'État d'un montant total de 51,3 Md€ en 2022¹⁰, qui ont tendance à augmenter (+ 1,7 Md€ par rapport à 2021).

L'excédent (1,7 Md€) de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) dépasse la prévision, tandis que celui de la branche famille (1,9 Md€) lui est conforme. La branche autonomie reste légèrement excédentaire alors qu'un déficit avait été envisagé.

¹⁰ La contribution de l'État employeur au titre des retraites des fonctionnaires s'élève à 43,3 Md€, celle de la Banque de France à 0,5 Md€. Les principaux régimes spéciaux bénéficiaires de subventions de l'État sont ceux de la SNCF (3,2 Md€), des ouvriers d'État (1,5 Md€), des mineurs (1 Md€), des marins (0,8 Md€), et de la RATP (0,8 Md€).

B - Un rebond marqué de recettes poursuivi en 2022

Les produits des régimes obligatoires de base et du FSV, nets de charges pour non-recouvrement, se sont élevés en 2022 à 572,0 Md€. Ils dépassent de 22,8 Md€ la prévision initiale et de 34,0 Md€ le réalisé de 2021 (+ 6,3 %). À périmètre constant¹¹, ils sont supérieurs de 64,2 Md€ aux produits de 2019, avant la crise sanitaire.

Comme en 2021, cette croissance a reposé sur une évolution très favorable de la masse salariale des entreprises du secteur privé déclarée aux Urssaf (+ 8,7 % en moyenne annuelle en 2022 après + 8,9 % en 2021). Elle a été portée par la bonne tenue de l'emploi dans le secteur privé (+ 2,7 %) et par l'augmentation du salaire moyen par tête (+ 5,8 %), soutenue par les revalorisations décidées dans le contexte d'une inflation durablement installée (hausse constatée de 5,3 % de l'indice des prix hors tabac en 2022).

**Tableau n° 2 : produits nets des régimes obligatoires de base
et du FSV par nature de recettes en 2022 (en Md€)**

	Réalisé 2022	LFSS 2022	Écart		Réalisé 2021	Écart	
<i>Cotisations sociales brutes</i>	279,0	270,7	8,3	3,1 %	264,0	15,0	5,7 %
<i>Cotisations prises en charge par l'État</i>	6,9	6,2	0,7	11,3 %	8,1	- 1,2	- 14,8 %
<i>CSG brute</i>	115,5	109,1	6,4	5,9 %	107,2	8,3	7,7 %
<i>Contribution de l'employeur</i>	44,6	43,7	0,9	2,1 %	42,3	2,3	5,4 %
<i>Impôts, taxes et autres contributions sociales</i>	104,3	101,3	3,0	3,0 %	100,0	4,3	4,3 %
<i>Charges de non-recouvrement</i>	- 2,3	- 2,1	- 0,2	9,5 %	- 0,5	- 1,8	+++
<i>Transferts nets reçus</i>	11,4	10,8	0,6	5,6 %	11,2	0,2	1,8 %
<i>Autres produits nets</i>	12,7	9,5	3,2	33,7 %	10,6	2,1	19,8 %
<i>Rectification prélèvements TI</i>	-	-	-	-	- 5,0	5,0	1,3 %
Total Robss + FSV	572,0	549,2	22,8	4,2 %	538,0	34,0	6,3 %

Source : Cour des comptes d'après la LFSS 2022 et les comptes définitifs 2021 et 2022

¹¹ En 2021, le périmètre de la sécurité sociale s'est élargi à une cinquième branche, *autonomie*. Le Ralfss d'octobre 2022 avait comparé les comptes de 2021 à un réalisé de 2020 *pro forma* intégrant la totalité des recettes et des dépenses de la CNSA.

Les recettes brutes des cotisations sociales ont ainsi augmenté de 15 Md€ (+ 5,7 %) par rapport à 2021, et celles de la CSG sur les revenus d'activité de 5,8 Md€ (+ 8,1 %). Il convient de retrancher du total des produits de 2021 les 5 Md€ de recettes sur les travailleurs indépendants, indûment comptabilisées, pour rendre compte de la croissance totale de ces recettes. Ainsi corrigée, la croissance réelle totale des cotisations et de la CSG est supérieure de 1,3 % à celle qui résulte des données ci-dessus.

Les recettes de la taxe sur les salaires ont augmenté de 0,8 Md€ (+ 5,3 %). Le rendement du forfait social, assis principalement sur les dispositifs de participation, d'intéressement, d'épargne salariale et de prévoyance des grandes entreprises en 2021, a connu la plus forte progression (+ 1,1 Md€ soit près de 22%), atteignant 6,2 Md€.

La hausse de 3,5 % du point d'indice de la fonction publique, le 1^{er} juillet 2022, a procuré à la sécurité sociale un surcroît de cotisations et contributions de 1,1 Md€ en 2022. Les revalorisations du « Ségur de la santé » ont produit un effet de même nature, de 0,1 Md€.

En sens inverse, les cotisations sociales brutes prises en charge par l'État (6,9 Md€) ont baissé de près de 15 %, en raison de la fin des allègements de prélèvements en faveur des petites entreprises liés à la crise sanitaire.

Portées par la croissance du PIB (+ 2,6 %), les recettes assises sur la consommation ont, de même, confirmé leur dynamisme. Le produit de TVA nette affectée (46,4 Md€) s'est accru de 2,1 Md€ par rapport à 2021 soit de 4,7 %. En revanche, les recettes des droits sur les tabacs ont décliné de 1 Md€ en 2022 (6,8 %), après la stabilisation de 2021 qui avait fait suite à une forte augmentation en 2020 (14,2 %)¹².

La CSG sur les revenus du capital (14,8 Md€) a connu un accroissement significatif de 1,6 Md€ (+ 12 %), dont 1,0 Md€ sur les revenus du patrimoine (+ 17 %) et 0,6 Md€ sur les revenus de placement (+ 8 %).

Les transferts nets reçus ont connu de faibles évolutions. Outre le transfert annuel résultant de l'adossement de la Cnieg à la Cnav (1,4 Md€), ils proviennent pour la majeure part de l'État, au titre des subventions d'équilibre versées aux régimes spéciaux de retraite (7,6 Md€) et d'une subvention de 0,7 Md€ en soutien à l'investissement dans les établissements de santé et médico-sociaux, correspondant à la part annuelle de la contribution européenne au plan de relance en santé¹³.

¹² Outre la baisse globale constatée des volumes mis à la vente dans les départements frontaliers, 2022 a été la première année depuis 2018 sans hausse significative de fiscalité sur les tabacs : seule est intervenue la revalorisation automatique du minimum de perception et de l'accise spécifique en fonction de l'inflation N-2 (0,2 % en 2020).

¹³ En 2021, cette part annuelle avait été versée par augmentation de la part de TVA affectée à l'Assurance maladie.

Les autres produits nets ont crû (de 13,0 Md€ contre 10,6 Md€ en 2021), en raison, notamment, de la progression du produit des remises conventionnelles des entreprises pharmaceutiques, très marquée dans le secteur hospitalier (+ 0,8 Md€ pour atteindre 1,4 Md€) et significative en ville (+ 0,6 Md€ pour atteindre 5,8 Md€).

Les recettes de la branche maladie ont connu, comme en 2021, la croissance en valeur la plus importante, (+ 11,7 Md€ par rapport à 2021, soit + 5,6 %). Cette évolution comprend l'effet de la réaffectation ponctuelle en 2022 de 1,2 Md€ de taxe sur les salaires de la branche famille à la branche maladie pour compenser le coût des indemnités journalières dérogatoires de garde d'enfant pendant la crise sanitaire.

Tableau n° 3 : produits nets des régimes obligatoires de base et du FSV par branches en 2022 (en Md€)

	Réalisé 2022	LFSS 2022	Écart		Réalisé 2021	Écart	
<i>Maladie</i>	221,1	211,0	10,1	4,8%	206,8	14,3	6,9%
<i>AT-MP</i>	16,2	15,6	0,6	3,8%	15,1	1,1	7,3%
<i>Famille</i>	53,3	51,6	1,7	3,3%	51,1	2,2	4,3%
<i>Vieillesse</i>	259,0	253,6	5,4	2,1%	247,8	11,2	4,5%
<i>Autonomie</i>	35,4	33,4	2,0	6,0%	32,7	2,7	8,3%
Total Robss	570,3	550,5	19,8	3,6%	539,2	31,1	5,8%
<i>FSV</i>	19,4	17,9	1,5	8,4%	17,7	1,7	9,5%
Robss + FSV	572,0	549,2	22,8	4,2%	538,0	34,0	6,3%

Source : Cour des comptes d'après la LFSS 2022, la LFSS 2023 et les comptes définitifs 2022

C - Une hausse rapide des dépenses, supérieure aux prévisions de la loi de financement initiale

Les charges nettes des régimes obligatoires de base et du FSV se sont élevées en 2022 à 591,6 Md€, en augmentation de 24,3 Md€ par rapport à 2021 (+ 4,3 %) et de 21,0 Md€ par rapport aux prévisions de la loi de financement initiale.

Comme en 2020 et en 2021, malgré le bouleversement des prévisions de la LFSS intervenu en cours d'année, le Gouvernement n'a pas déposé de projet de loi de financement rectificative. Ce n'est qu'au stade du dépôt du PLFSS 2023 que les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses ont été révisés.

Cette forte augmentation a deux causes principales. Comme en 2021, les effets de la crise sanitaire ont été plus importants qu’initialement attendu. Par ailleurs, les prestations en espèces des différentes branches ont, toutes, été revalorisées de 4 % le 1^{er} juillet 2022 pour prévenir les effets de l’inflation sur le pouvoir d’achat des bénéficiaires, ce qui n’avait pas été prévu par la loi de financement initiale.

Tableau n° 4 : charges nettes des régimes obligatoires de base et du FSV par branches (en Md€)

	Réalisé 2022	LFSS 2022	Écart réalisé- prévision		Réalisé 2021	Écart 2022-2021	
Maladie	242,1	230,1	12,0	5,2 %	235,4	6,7	2,8 %
AT-MP	14,5	14,1	0,4	2,8 %	13,9	0,6	4,6 %
Famille	51,4	49,7	1,7	3,4 %	48,9	2,5	5,1 %
Vieillesse	262,8	256,6	6,2	2,4 %	250,6	12,2	4,9 %
Autonomie	35,2	34,4	0,8	2,3 %	32,6	2,6	8,1 %
Total Robss	591,3	570,2	21,1	3,7 %	567,0	24,3	4,3 %
FSV	18,0	19,6	-1,6	-8,2 %	19,3	-1,3	-6,5 %
Robss + FSV	591,6	570,6	21,0	3,7 %	567,3	24,3	4,3 %

Source : Cour des comptes d’après la LFSS 2022 et les comptes définitifs 2021 et 2022

1 - Un Ondam en dépassement du fait des suites de la crise sanitaire, de la compensation aux établissements de charges nouvelles, mais aussi de la dérive de certaines dépenses

Dans le champ des branches maladie, AT-MP et autonomie, l’objectif national de dépenses d’assurance maladie (Ondam) couvre les dépenses de prestations légales en nature, les dépenses d’indemnités journalières (sauf maternité et paternité) et les dotations aux établissements de santé et médico-sociaux.

La LFSS 2022 avait fixé l’Ondam à 236,8 Md€ pour 2022, en diminution de 3 Md€ par rapport au montant constaté en 2021. Selon des données provisoires¹⁴, il s’est établi à 247,2 Md€, soit en dépassement de 10,4 Md€ par rapport à l’objectif. Ce dépassement a trois causes, les effets

¹⁴ L’Ondam définitif est arrêté en année n+2 après connaissance du montant définitif des remises pharmaceutiques et des dépenses de soins rattachées à l’exercice.

de la poursuite de la crise sanitaire pour 6,8 Md€, des compensations versées aux établissements sanitaires et médico-sociaux pour 3,4 Md€¹⁵ et la dérive de certaines dépenses pour 1,5 Md€ (produits de santé, indemnités journalières). Une économie de 1,3 Md€, constatée sur l'exécution 2021 et non-prise en compte dans l'estimation de la LFSS 2022, vient toutefois réduire cet écart.

Le chapitre II du présent rapport analyse en détail les composantes de ce dépassement et, en conséquence, la capacité des pouvoirs publics à piloter cette dépense.

2 - Des prestations hors Ondam des branches maladie et AT-MP portées par la revalorisation anticipée de juillet 2022

Les prestations légales hors Ondam des branches maladie et AT-MP ont atteint 19,9 Md€ en 2022, en hausse de 5,6 % par rapport à 2021.

Malgré une baisse des naissances en 2022, le coût des indemnités journalières de maternité et de paternité (4 Md€) a augmenté de 11,4 %. Ceci est l'effet de l'augmentation du nombre de jours pouvant être pris pour un congé de paternité, passé de 11 à 25 en juillet 2021, mesure étendue aux professions libérales en 2022 (+ 350 M€ au total en 2022) et de l'augmentation des salaires pris en compte pour le calcul des indemnités.

Les pensions d'invalidité et les rentes AT-MP ont été revalorisées de 1,8 % le 1^{er} avril 2022, et de 4 % en juillet, pour un effet moyen d'augmentation de 3,4 % en 2022. Les pensions d'invalidité ont augmenté de 5 % en 2022 en raison d'une hausse du nombre de bénéficiaires pour atteindre 8,6 Md€, capital-décès inclus. Pour les rentes d'incapacité permanente, l'effet volume a joué à la baisse, comme les années précédentes, pour une progression du coût de 2,6 % à 5,5 Md€.

3 - Des dépenses dynamiques pour la branche vieillesse

Les dépenses de la branche vieillesse se sont élevées à 262,8 Md€ pour tous les régimes obligatoires de base, en augmentation de 4,9 % par rapport à 2021.

¹⁵ Pour la hausse du point d'indice de la fonction publique et de son équivalent pour les établissements privés, la hausse de charges de fonctionnement (énergie...) et la revalorisation de la rémunération des gardes de nuit et du week-end dans les établissements de santé.

La hausse des pensions en 2022 s'explique principalement par les deux revalorisations mises en œuvre, de 1,1 % le 1^{er} janvier 2022 en fonction de l'inflation constatée, et de 4 % intervenue le 1^{er} juillet, de manière anticipée, qui a pesé pour 2 % sur l'année 2022.

Pour les assurés du régime général, les charges de prestations légales se sont élevées à 142,3 Md€ en 2022, en augmentation de 5,1 % par rapport à 2021. Outre l'effet de la hausse des pensions, déjà décrit, le nombre de retraités bénéficiaires a augmenté de 1,1 % (+ 165 000), pour s'élever à 15 millions. Le montant moyen des pensions servies aux nouveaux retraités est aussi plus élevé que le montant de celles servies aux personnes décédées au cours de l'année (effet de noria, + 0,6 points), dont le nombre est resté stable en 2022.

L'augmentation du nombre des départs à la retraite en 2022 s'explique par trois facteurs : la démographie, l'atténuation des effets de la réforme de 2010 qui a progressivement reporté à 62 ans l'âge légal de départ à la retraite et, à hauteur de 5 % selon la Cnav, l'anticipation de départs à la retraite liée à la réforme annoncée des retraites.

Le nombre de bénéficiaires de pensions de réversion est resté stable en 2022, comme au cours des dernières années.

Tableau n° 5 : prestations légales de la branche vieillesse du régime général (en Md€)

	2022			2021			Écart	Écart (%)
	Droits propres	Droits dérivés	Total	Droits propres	Droits dérivés	Total		
Pensions	121,9	11,9	133,8	115,8	11,5	127,3	6,5	5,1 %
Minimum vieillesse	3,2	0,2	3,4	3,0	0,2	3,2	0,2	6,3 %
Majorations	4,4	0,7	5,1	4,2	0,7	4,9	0,2	3,7 %
Total	129,5	12,7	142,3	123,1	12,3	135,4	6,8	5,1 %

Source : comptes de la branche vieillesse du régime général

Les charges de prestations légales pour vieillesse et invalidité de la CNRACL, régime également déficitaire, se sont élevées à 24,4 Md€ en 2022, en progression de 6,8 %. Cette hausse particulièrement importante s'explique, comme pour les autres régimes, par l'effet des revalorisations des pensions et aussi, par la progression du nombre de nouveaux pensionnés (+ 3,2 %), plus élevée pour ce régime dont la pyramide des âges a été longtemps favorable, mais dont le nombre de cotisants est désormais stable¹⁶.

¹⁶ Le nombre de cotisants a diminué de 0,4 % en 2022 dans la fonction publique territoriale et a augmenté de 0,6 % dans la fonction publique hospitalière. Il a baissé globalement de 0,1 %.

4 - Une branche famille dont les dépenses augmentent malgré la réduction du nombre de bénéficiaires des prestations

En 2022, les charges nettes de la branche famille se sont élevées à 51,4 Md€, en augmentation de 5,1 % par rapport à 2021.

La progression des dépenses de prestations légales s'explique par les revalorisations de la base mensuelle des allocations familiales de 1,8 % le 1^{er} avril 2022 et de 4 % le 1^{er} juillet 2022. Elles ont conduit à une augmentation de 3,7 % des charges de prestations en 2022.

La hausse des autres prestations légales s'explique par la revalorisation, au niveau du Smic net, de l'allocation journalière de présence parentale pour les parents s'occupant d'un enfant gravement malade, accidenté ou handicapé.

Dans l'autre sens, pour les prestations sous conditions de ressources, le retour du pré-remplissage des heures supplémentaires dans les déclarations fiscales de revenus 2020 (supprimé en 2019) a permis en 2022 une meilleure prise en compte des conditions de ressources des familles, pour un gain de 170 M€.

Tableau n° 6 : prestations versées par la branche famille (en Md€)

	2022	2021	Écart	
Allocations en faveur de la famille	19,6	18,8	0,7	3,9 %
Prestation d'accueil du jeune enfant	10,7	10,5	0,2	1,8 %
Autres prestations légales	0,3	0,3	0,1	20,0 %
Prestations légales	30,6	29,6	1,0	3,3 %
Prestations extra-légales	6,2	5,6	0,6	9,8 %
Prestations branche famille	36,8	35,2	1,5	4,4 %

Source : DSS

Par ailleurs, le nombre de bénéficiaires a continué de décroître avec la réduction tendancielle de la natalité depuis 2010¹⁷ et la baisse du recours à la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE), destinée aux parents d'enfants de moins de trois ans qui cessent de travailler ou réduisent leur temps de travail¹⁸.

Les prestations extra-légales d'action sanitaire et sociale ont augmenté en raison, essentiellement, de la reprise de l'activité dans les crèches et les accueils de loisirs avec l'atténuation de la crise sanitaire.

¹⁷ En 2022, il y a eu 723 000 naissances selon l'Insee (833 000 en 2010).

¹⁸ Cf. Ralfss 2022 chapitre VIII, « La prestation d'accueil du jeune enfant : des objectifs inégalement atteints, une cohérence à restaurer ».

5 - Des dépenses hors Ondam de la branche autonomie qui continuent de progresser

En 2022, les charges nettes de la branche autonomie se sont élevées à 35,2 Md€, en augmentation de 8,1 % par rapport à 2021. La plus grande partie est constituée de dotations versées aux établissements médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et pour personnes en situation de handicap, qui sont intégrées dans l'objectif global de dépense (OGD) au sein de l'Ondam.

Hors Ondam, la branche finance depuis 2021 l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé. Le total versé pour cette prestation, de 1,3 Md€ en 2022, a augmenté de 9,6 % en raison de la revalorisation anticipée de 4 % et de la croissance continue du nombre de bénéficiaires.

Les concours de la branche aux départements se sont par ailleurs élevés à 4,3 Md€ en 2023 (+ 7,5 %). Trois facteurs principaux expliquent cette augmentation : la prise en charge de la prestation de compensation du handicap parentalité (+ 200 M€)¹⁹, les soutiens versés par la CNSA aux services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), qui compensent notamment la création d'un tarif plancher national de 22 € par heure d'intervention en application de l'article 44 de la LFSS pour 2022 (+ 320 M€), et la prise en compte hors OGD de hausses de salaires dans les établissements pour personnes en situation de handicap (+ 115 M€).

II - Après une amélioration conjoncturelle en 2023, des déficits qui se creusent en 2024 et dont le financement n'est plus assuré

Les soldes des régimes de base de la sécurité sociale devraient poursuivre leur amélioration en 2023, grâce à des facteurs conjoncturels, la poursuite de la dynamique des recettes et le reflux de la crise sanitaire (A). Néanmoins, les déficits devraient à nouveau augmenter à partir de 2024 malgré la récente réforme des retraites (B). La poursuite du financement des déficits par la Cades n'étant pas organisée, de nouvelles mesures devront être adoptées (C).

¹⁹ Prestation en application du décret n° 2020-1826 du 31 décembre 2020 qui aide depuis 2021 le parent en situation de handicap à rémunérer quelqu'un pour l'aider à s'occuper de son [ses] enfant[s] et à acheter du matériel adapté. Le coût de cette prestation est remboursé par la CNSA aux départements avec un an de décalage.

A - Une amélioration attendue en 2023 grâce à la dynamique des recettes et au reflux de la crise sanitaire

La prévision de la situation financière pour 2023 de la sécurité sociale par la loi de financement initiale adoptée le 23 décembre 2022 n'a été modifiée qu'à la marge par la loi de financement rectificative du 14 avril 2023, portant sur la réforme des retraites. Malgré des hypothèses jugées optimistes par le Haut Conseil des finances publiques (HCFP)²⁰, une amélioration semble attendue grâce au reflux de la crise sanitaire et à des facteurs conjoncturels.

1 - Des hypothèses économiques jugées optimistes

L'hypothèse de croissance retenue pour 2023 par le projet de loi de financement était de 1 %. Elle a été conservée pour le projet de loi de financement rectificative et pour le programme de stabilité. Le HCFP a jugé dans son dernier avis qu'elle n'était pas « *hors d'atteinte mais semble optimiste* » car elle se révèle supérieure au consensus des instituts de conjoncture et suppose une accélération de l'activité en cours d'année dans un environnement international défavorable.

L'inflation hors tabac resterait toujours forte, à 4,3 % en 2023 après 5,3 % en 2022, soit près de 10 % sur les deux ans. Cette estimation, jugée « *un peu faible* » par le HCFP en raison des fortes pressions inflationnistes qui demeurent en dehors des prix énergétiques, a été révisée en hausse de 0,7 point dans le programme de stabilité.

En conséquence, et du fait aussi d'une amélioration du marché du travail, la masse salariale du secteur marchand, principal déterminant des recettes, progresserait de 5 % en 2023, soit 14 % sur les deux exercices 2022 et 2023. Le HCFP a estimé cette prévision « *un peu basse* », et elle a été révisée en hausse d'un point dans le programme de stabilité.

2 - Des résultats attendus en nette amélioration

Le déficit de 2023 des régimes obligatoires de base serait de 7,1 Md€ selon la LFSS pour 2023, en amélioration de 12,5 Md€ par rapport à 2022. Hors effet des dépenses sanitaires supplémentaires occasionnées en 2022 par la crise, l'amélioration serait de 1,8 Md€.

²⁰ Avis n° 1 du 18 janvier 2023.

Tableau n° 7 : prévisions de produits nets, charges nettes et soldes 2023 des Robss et du FSV (en Md€)

	LFSS 2023	Réalisé 2022	Écart		LFSSR 2023	Écart
Produits nets Robss+ FSV	594,8	572,0	22,7	4,0%	595,0	0,2
Charges nettes Robss	601,6	591,3	10,2	1,7%	602,8	1,2
FSV	19,3	18,0	1,3	7,2%	19,3	0,0
Charges nettes Robss + FSV	601,9	591,6	10,2	1,7%	603,2	1,3
Maladie	-7,1	-21,0	13,9		-7,9	-0,8
AT-MP	2,2	1,7	0,5		2,2	0,0
Famille	1,3	1,9	-0,6		1,3	0,0
Vieillesse	-3,6	-3,8	0,2		-3,8	-0,2
Autonomie	-1,2	0,2	-1,4		-1,3	-0,1
Total soldes Robss	-8,4	-21,0	12,6		-9,5	-1,1
FSV	1,3	1,3	0,0		1,3	0,0
Vieillesse + FSV	-2,3	-2,5	0,2		-2,5	-0,2
Total soldes Robss + FSV	-7,1	-19,6	12,5		-8,2	-1,1

Source : Cour des comptes d'après la LFSSR 2023, la LFSS 2023 et la DSS pour les résultats 2022

Ces perspectives favorables sont fondées sur des facteurs conjoncturels. Après les revalorisations par anticipation des retraites et autres prestations sociales de 4 % en juillet 2022, leur augmentation serait en 2023 plus faible : 0,8 % le 1^{er} janvier pour les pensions de retraite ; 1,6 % le 1^{er} avril pour les prestations familiales et 1,54 % pour les pensions d'invalidité et rentes AT-MP. En conséquence, la progression moyenne des pensions de retraite devrait atteindre 2,8 % en 2023 et celle des prestations familiales, pensions d'invalidité et rentes AT-MP 3,6 %. La progression attendue des recettes de cotisations, contributions et taxes affectées (+ 4,1 %) serait supérieure, tirée par l'inflation et par la meilleure situation de l'emploi.

Par ailleurs, le déficit de la branche maladie serait ramené de 21 Md€ en 2022 à 7,1 Md€ en 2023. Ce résultat serait en grande partie obtenu par une réduction des dépenses de crise de 10,7 Md€ à 1 Md€, par des transferts de charges entre branches pour 0,9 Md€²¹ et par un renforcement de la fiscalité

²¹ Transfert de la charge des indemnités journalières maternité post-natales à la branche famille pour 2 Md€ et hausse de 100 M€ du transfert pour sous-déclaration des AT-MP. Par ailleurs, le transfert de 1,2 Md€ de taxe sur les salaires de la branche famille à la branche maladie au motif de « la prise en charge par la branche famille des indemnités journalières dérogatoires accordées pour la garde d'enfant pendant la crise », appliqué en 2022, n'a pas été reconduit en 2023.

sur les produits du tabac pour 0,4 Md€. La loi de financement repose aussi, à hauteur de 0,6 Md€, sur l'hypothèse d'une progression de l'Ondam hors crise de 3,6 %, un peu inférieure à celle des recettes de la branche, ce qui suppose des efforts de maîtrise des dépenses qui restent à confirmer²².

Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie a appelé à la vigilance dans son avis du 15 avril 2023, en constatant le maintien d'une dynamique de dépense soutenue pour les produits de santé, les indemnités journalières, les transports sanitaires et les médicaments. En revanche, il considère que le niveau de dépenses à la fin du premier trimestre reste en ligne avec le montant de la provision pour charges de crise sanitaire, tout en relevant le contexte de forte incertitude sur la situation épidémiologique.

Pour la branche famille, la revalorisation de 50 % de l'allocation de soutien familial au 1^{er} novembre 2022, au bénéfice des parents isolés, produira l'essentiel de ses effets en 2023, pour un coût estimé de 900 M€.

La loi de financement rectificative, portant sur la réforme des retraites, a conduit à une augmentation de 1,2 Md€ de la prévision de dépenses en 2023 et donc à l'aggravation du déficit prévisionnel à 8,2 Md€. Notamment, la mesure de revalorisation des minima de pensions pour les retraites complètes doit s'appliquer dès le 1^{er} septembre 2023 à l'ensemble des pensionnés qui peuvent en bénéficier, pour un surcoût estimé à 0,4 Md€ en 2023 et 1,2 Md€ en année pleine. L'effet du report de l'âge de départ et de l'augmentation de la durée d'assurance requise pour les nouveaux retraités (0,2 Md€ d'économies attendues en 2023) est plus progressif et, pour la première année d'application, devrait être contrebalancé par les autres mesures d'accompagnement. L'Ondam a, par ailleurs, été relevé de 0,8 Md€ pour permettre de financer des dotations supplémentaires aux établissements de santé.

B - À partir de 2024, une prévision de dégradation du déficit malgré les effets attendus de la réforme des retraites

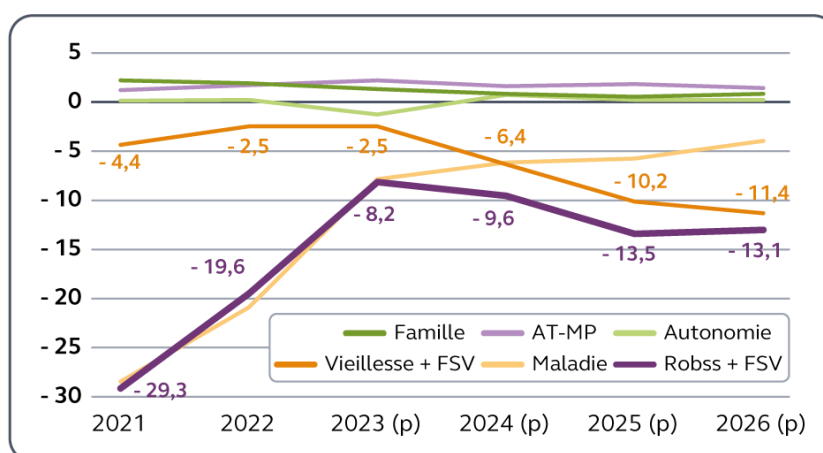
L'amélioration de la situation financière attendue en 2023 ne devrait être que transitoire. Dès 2024, le déficit devrait s'aggraver à nouveau, porté par la dégradation des soldes de la branches vieillesse, que la réforme des retraites ne devrait pas permettre de rétablir rapidement.

²² Cf. *infra*, chapitre II.

1 - Un déficit qui devrait s'aggraver à nouveau à partir de 2024

L'annexe de la LFRSS 2023 donne, par branches, la trajectoire prévisionnelle des régimes obligatoires de base et du FSV, en intégrant les effets de la réforme des retraites²³.

Graphique n° 2 : trajectoire financière 2021-2026 des soldes des branches et du FSV (en Md€)



Source : annexe de la LFRSS 2023, rectifiée pour 2021 selon l'article 1^{er} de la LFSS 2023 et pour 2022 selon les comptes définitifs

Le déficit, après un minimum atteint en 2023 à 8,2 Md€, devrait se dégrader à nouveau en 2024 et se stabiliser au-dessus de 13 Md€ en 2025 et en 2026. En 2024, les pensions et prestations devraient intégrer l'inflation constatée en 2023, révisée à la hausse par le programme de stabilité, alors que les recettes devraient moins progresser avec le recul de l'inflation en 2024 et un marché de l'emploi moins dynamique selon les hypothèses de masse salariale du gouvernement.

²³ Cette trajectoire est très proche de celle de l'annexe de la LFSS 2023, qui intégrait déjà une provision correspondant aux hypothèses de la future réforme des retraites.

Effet d'une variation de l'inflation sur les soldes de la sécurité sociale

En cas d'augmentation ou de diminution de l'inflation, les effets se répercutent rapidement sur les recettes de la sécurité sociale qui reposent à 85 % sur les salaires (cotisations, CSG sur revenus d'activité, taxe sur les salaires) et sur la consommation (TVA). Les effets sont plus lents sur les dépenses, avec un an de décalage pour les dépenses indexées, et plus encore pour les dépenses fondées sur des conventionnements (honoraires).

En conséquence, et sauf revalorisation par anticipation des prestations comme en 2022, les déficits de la sécurité sociale diminuent quand l'inflation accélère et augmentent quand elle décélère. Cet effet participe à l'amélioration du solde 2023 et devrait contribuer à sa dégradation en 2024 et en 2025 selon les prévisions du Gouvernement.

Un deuxième facteur de dégradation est lié à l'évolution du déficit de la branche vieillesse et du FSV, qui devrait passer, malgré les effets de la réforme des retraites, de 2,5 Md€ en 2023 à 11,4 Md€ en 2026.

Cette trajectoire peut en outre être considérée comme optimiste en raison des hypothèses sur lesquelles elle est bâtie.

Tableau n° 8 : principales hypothèses de l'annexe du PLFRSS 2023

	2023	2024	2025	2026
PIB en volume	1,0 %	1,0 %	1,6 %	1,7 %
Inflation hors tabac	4,3 %	3,0 %	2,1 %	1,75 %
Masse salariale privée	5,0 %	3,9 %	3,6 %	3,4 %
Ondam	-0,9 %	2,4 %	2,7 %	2,6 %
Ondam hors crise sanitaire	3,8 %	2,8 %	2,7 %	2,6 %

Source : annexe du PLFRSS 2023

L'hypothèse de croissance est de 1,6 % à 1,7 % de 2024 à 2026, au-delà du taux de croissance potentiel, estimé à 1,35 % par le Gouvernement²⁴ et à 1,1 % par l'OCDE²⁵. Dans le même sens, l'évolution de la masse salariale privée repose sur l'hypothèse d'un taux de chômage qui poursuivrait sa décrue pour se stabiliser en-dessous de 5 %.

L'hypothèse concernant l'évolution de l'Ondam, hors crise sanitaire, apparaît particulièrement ambitieuse. Sa progression moyenne annuelle sur la période 2023-2026 serait de 2,9 %, soit à peine plus que

²⁴ Programme de stabilité, avril 2023.

²⁵ OCDE, *Perspectives économiques*, juin 2022.

l'inflation (2,8 %). Dans le passé, jamais une telle modération n'a pu être obtenue sur plusieurs années. Elle sera d'autant plus difficile à atteindre en 2024 que plusieurs conventions avec des professions médicales et paramédicales devraient être renégociées en 2023 et pourraient conduire à des revalorisations significatives²⁶. À l'hôpital, malgré les revalorisations accordées dans le cadre du Ségur de la santé, des difficultés de recrutement importantes demeurent. Les conditions de rémunération plus favorables des gardes de nuit pourraient être pérennisées²⁷.

La mise en œuvre de la trajectoire programmée supposerait un ensemble de réformes visant à améliorer l'efficacité et la qualité des soins. La Cour a, dans une note structurelle de 2021²⁸, rappelé les plus significatives des mesures qu'elle préconise et illustre dans le présent rapport, comme dans les précédents, les domaines dans lesquels des réformes permettraient de réaliser des économies importantes sans remettre en cause la qualité des soins, tels la maîtrise médicalisée des dépenses de santé²⁹ ou l'imagerie médicale³⁰.

2 - Une réforme des retraites qui ne permet pas de rétablir l'équilibre de la branche vieillesse et du FSV d'ici 2023

La réforme des retraites adoptée le 14 avril 2023 a des finalités économiques qui vont au-delà du seul objectif de rétablissement comptable des comptes sociaux. Au seul plan de ses effets directs sur les équilibres financiers, elle permet d'améliorer les soldes des régimes complémentaires et de l'État, ce qui est décrit dans l'étude d'impact qui accompagnait le projet de loi et qui n'est pas ici pris en compte, l'analyse ne décrivant que ses effets sur les comptes des régimes de base de la sécurité sociale.

²⁶ Convention des médecins généralistes et spécialistes, dont le règlement arbitral a été approuvé par arrêté du 28 avril 2023, et convention des masseurs kinésithérapeutes. La LFRSS inclut une provision de 150 M€ pour « accompagner les négociations conventionnelles avec les professionnels de santé libéraux » de la médecine de ville, qui s'ajoute aux 400 M€ déjà provisionnés en LFSS.

²⁷ D'ores-et-déjà la LFRSS inclut une provision de 600 M€ pour prendre en charge ces coûts en 2023 au-delà du 31 mars.

²⁸ Cour des comptes, « Santé : garantir l'accès à des soins de qualité et résorber le déficit de l'assurance maladie », décembre 2021.

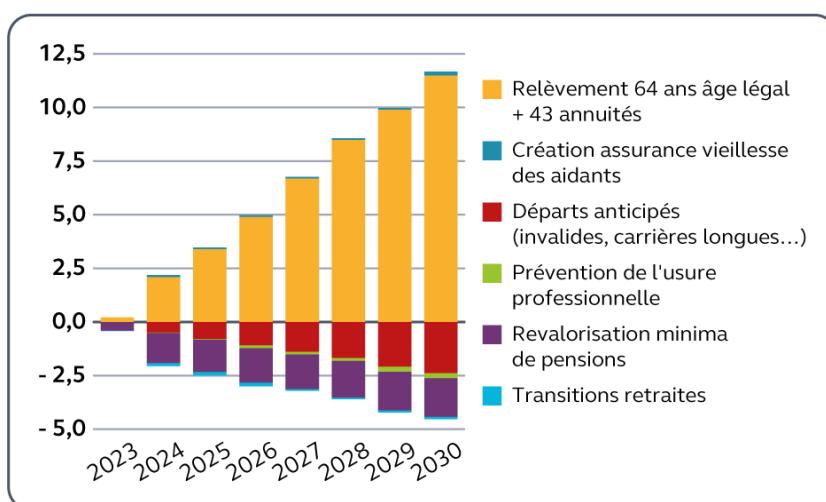
²⁹ Voir chapitre VIII du présent rapport, « La maîtrise médicalisée des dépenses de santé : une régulation inaboutie ».

³⁰ Cour des comptes, Ralfss 2022, chapitre IV, « L'imagerie médicale, des évolutions en cours, des évolutions encore nécessaires ».

Dans le champ ainsi défini, la réforme n'aura d'effets financiers favorables que progressivement, la montée en charge des mesures d'accompagnement étant plus rapide que celle des mesures d'âge. Elle se traduirait ainsi par un surcoût jusqu'à la fin de 2024. Le gain net resterait limité à 1 Md€ en 2025 et à 2 Md€ en 2026.

À horizon 2030, sous les hypothèses favorables d'une productivité augmentant de 1 % par an (soit plus que les 0,7 % constatés en moyenne ces dix dernières années) et d'un taux de chômage ramené à 4,5 % (7,2 % à fin 2022), l'impact net sur les soldes de la branche vieillesse des régimes obligatoires de base et du FSV serait de 7,1 Md€. À cet horizon, l'effet du report à 64 ans de l'âge de la retraite et de l'accélération de la durée d'assurance requise à 43 annuités atteindrait 11,5 Md€ et serait réduit de 4,4 Md€ par les mesures d'accompagnement³¹.

Graphique n° 3 : conséquences de la réforme des retraites sur les soldes de la branche vieillesse et du FSV (tous Robss, en Md€)



Source : étude d'impact de la réforme accompagnant le PLFSS, Cnav, modèle Prisme 2022

Par ailleurs, le Gouvernement a annoncé, lors du dépôt du projet de loi, des mesures à caractère réglementaire de hausse des cotisations. Les cotisations patronales vieillesse du régime général devraient être ainsi augmentées de 0,12 point pour compenser le coût de l'extension de la

³¹ Départs anticipés pour les invalides, carrières longues, prévention de l'usure professionnelle, revalorisation des minima de pensions, mesures de transition retraites, revalorisation du seuil de récupération sur succession de l'Aspa, création d'une assurance vieillesse pour les aidants (mesure compensée par la branche autonomie).

revalorisation des minima de pensions à tous les pensionnés. Cette mesure devrait être neutre sur les soldes de la sécurité sociale, car compensée par une baisse équivalente de cotisations pour la branche AT-MP. Le taux de cotisations patronales de la CNRACL, qui s'élève déjà à 30,65 % devrait être également augmenté d'un point pour favoriser le rééquilibrage du régime géré par cette caisse.

En prenant en compte les effets de la réforme et ces mesures réglementaires, le déficit de la branche vieillesse et du FSV atteindrait 5,7 Md€ en 2030. Ces chiffres n'intègrent toutefois pas les effets des diverses mesures adoptées par amendement lors de la discussion du projet de loi au Parlement.

Une nécessaire actualisation des prévisions liées à la réforme des retraites

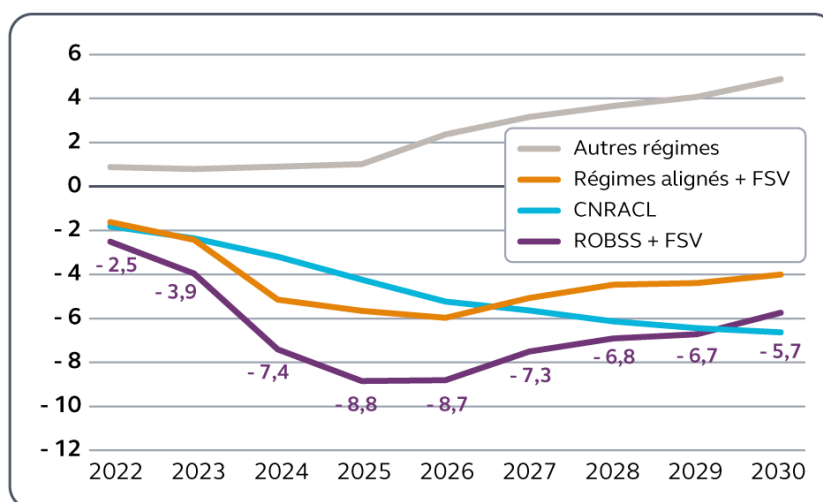
Pendant la discussion parlementaire, des dispositions ont été ajoutées au projet de loi, concernant notamment les modalités de départ anticipé pour carrières longues ou l'ouverture de droits à surcote pour les mères de famille aux carrières complètes avec majorations de durée d'assurance au titre de la maternité et de l'éducation des enfants. Ces dispositions auront pour effet de réduire les économies attendues de la réforme. Le Gouvernement a annoncé que ces dispositions, qui n'ont pas été complètement chiffrées, seraient compensées, comme l'extension de la revalorisation des minima de pensions, par une baisse équivalente de cotisations par la branche AT-MP.

Les prévisions devraient être actualisées pour prendre en compte ces modifications.

L'étude d'impact, avec les précautions ci-dessus mentionnées, permet également d'analyser les effets de la réforme sur les différents régimes de la retraite. Pour le régime général, le régime aligné des salariés agricoles et le FSV, le déficit augmenterait jusqu'à 6 Md€ en 2026 et reviendrait à 4 Md€ en 2030 en prenant en compte le transfert de la branche AT-MP. Il serait en outre plus que compensé par l'augmentation de l'excédent des autres régimes de base³², hors CNRACL, qui augmenterait progressivement de près de 1 Md€ en 2022 à 4,9 Md€ en 2030.

³² Professions libérales, clercs et employés de notaires, avocats, exploitants agricoles, etc.

Graphique n° 4 : évolution prévisionnelle des soldes des régimes de base de la branche vieillesse et du FSV (en Md€)



Source : étude d'impact de la réforme accompagnant le PLFRSS, Cnav, modèle Prisme 2022

La situation financière de la CNRACL deviendrait en revanche, malgré la mise en œuvre de la réforme et l'augmentation du taux de cotisations patronales, de plus en plus préoccupante, avec un déficit qui augmenterait continuellement sur la période pour atteindre 6,6 Md€ en 2030, soit un montant supérieur à cette date à la totalité du déficit de la branche vieillesse des régimes de base et du FSV.

Une situation de la CNRACL de plus en plus préoccupante

La CNRACL gère un régime spécial qui couvre les risques retraite et invalidité des agents de la fonction publique territoriale et hospitalière. Elle a bénéficié en 2021 d'une reprise de ses déficits de 2018 et de 2019 par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), à hauteur de 1,3 Md€. Compte tenu d'un déficit devenu structurel (1,4 Md€ en 2020, 1,2 Md€ en 2021, 1,8 Md€ en 2022), les capitaux propres du régime sont devenus négatifs en 2021 et s'établissaient à - 2,3 Md€ à la fin de 2022.

La tendance déficitaire étant appelée à se poursuivre et à s'aggraver, la LFSS 2023 a autorisé la CNRACL à recourir à des ressources non-permanentes dans la limite de 7,5 Md€ pour assurer la pérennité des paiements des prestations sur l'ensemble de l'année 2023. Les besoins de financement sont provisoirement couverts par des emprunts à court-terme souscrits par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos), solution de plus en plus coûteuse avec la remontée rapide des taux d'intérêt.

La hausse du taux de cotisations patronales affectées à la CNRACL apparaît donc largement insuffisante pour couvrir la hausse du déficit prévisionnel. En outre, son coût pèsera pour une part importante sur les soldes des hôpitaux publics³³, déjà déficitaires. Cette tendance préoccupe fortement le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, lequel, dans son avis précité du 15 avril 2023, craint que « *ne s'installe une dynamique de déficits [pour ces établissements] qui constituerait un point de fuite à la maîtrise des dépenses relevant de l'Ondam* ».

C - Des conditions de financement qui s'améliorent en 2023 mais qui devront être reconsidérées

Au cœur de la crise sanitaire, la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 a organisé la reprise par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) de 123 Md€ de déficits sociaux portés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos), dont 31 Md€ pour des déficits antérieurs à 2020 et 92 Md€ au titre des déficits 2020 à 2023. Ce nouveau stock de dette à amortir a conduit à prolonger l'existence de la Cades de 2024 à 2033.

En revanche, la réforme n'organisait pas le financement de la sécurité sociale à partir de 2024 si, comme cela était probable, elle restait déficitaire à cet horizon. L'amélioration de la situation financière en 2023 permet d'envisager que la Cades soit en mesure de couvrir les déficits de la sécurité sociale constitués jusqu'à la fin de 2023. Après cette date, il y aura lieu de reconsidérer ses conditions de financement.

1 - Une situation financière nette de l'Acos qui deviendrait excédentaire en 2023 grâce aux versements de la Cades

Fin 2022, l'endettement financier net de l'Acos atteignait 12,5 Md€, en réduction de 19,4 Md€ par rapport à fin 2021. Cette baisse a résulté de deux mouvements de sens opposé. D'une part, le besoin de financement issu des opérations de l'année a atteint 20,6 Md€, ce qui reflète le déficit du régime général (20,1 Md€). D'autre part, le bilan de l'Acos a été allégé par les versements de la Cades : 35 Md€ au titre de la reprise des déficits, et 5 Md€ pour la restauration des capacités financières des établissements publics de santé participant au service public.

³³ En 2022 1,21 million d'agents de la fonction publique hospitalière et 1,93 million d'agents de la fonction publique territoriale relevaient de la CNRACL. L'Ondam 2024 a été revu à la hausse dans la LFRSS 2023 de 2,7 % à 2,8 % afin de permettre la compensation aux hôpitaux de cette hausse de taux.

Une avance de trésorerie au titre du désendettement et de l'investissement hospitaliers

En application du Ségur de la santé, un dispositif adopté à l'article 50 de la LFSS 2021 prévoit de réduire l'endettement des établissements publics de santé de contribuer à leurs dépenses d'investissement.

À ce titre, l'Acoss a reçu 13 Md€ de la Cades en trois versements de 2021 à 2023³⁴.

Ces fonds sont progressivement versés aux établissements (2,1 Md€ au total en 2021 et en 2022). L'Acoss bénéficie ainsi d'une avance de trésorerie, dont le montant s'élevait à 7,9 Md€ à fin 2022, devrait atteindre un maximum de 10 Md€ en 2023 et s'éteindre d'ici à fin 2029.

Fin 2023, le solde net de l'Acoss devrait devenir excédentaire, pour un montant approchant 6 Md€. Outre l'avance de trésorerie précitée, cet excédent s'explique par l'évolution favorable du déficit du régime général en 2023, attendu proche de 8 Md€, et par l'importance des versements reçus de la Cades au titre des déficits antérieurs, à hauteur de 24,2 Md€.

Cette situation de trésorerie nette excédentaire de l'Acoss est temporaire mais bienvenue. L'Acoss ne peut en effet légalement emprunter que sur des maturités inférieures à un an, devenues coûteuses avec la hausse des taux d'intérêt. Les intérêts de ses émissions, qui couvrent aussi le risque de liquidité et des avances à d'autres partenaires comme l'Unédic, se sont déjà élevés à 113 M€ du 1er janvier au 23 mars 2023.

2 - Une réduction de la dette sociale en 2023

Entre 2015 et 2019, la réduction continue des déficits des régimes de sécurité sociale et du FSV, conjuguée aux excédents de la Cades, avait permis à la sécurité sociale de se désendetter, ramenant la dette sociale à 115 Md€ à la fin de 2019. La crise sanitaire a interrompu cette évolution favorable. La dette sociale portée par la Cades et par l'Acoss a augmenté depuis 2020, atteignant 161 Md€ en fin d'année 2022, niveau le plus élevé jamais atteint en valeur absolue.

Au regard des prévisions de la LFSS pour 2023, corrigée à la marge par la LFSSR, cette dette refluerait de 9,5 Md€ en 2023 pour s'établir à 151,6 Md€.

³⁴ 5 Md€ en 2021 par le décret n° 2021-40 du 19 janvier 2021, 5 Md€ en 2022 par le décret n° 2022-19 du 10 janvier 2022 et 3 Md€ en 2023 par le décret n° 2023-12 du 11 janvier 2023.

Tableau n° 9 : évolution de la dette sociale portée par la Cades et par l'Acoss (2019-2023, en Md€)

	2019	2020	2021	2022	2023 (p)
Situation nette négative Cades	89,1	93,0	114,5	136,2	142,7
Cumul déficits non repris par la Cades et maintenus à l'Acoss (hors AT-MP)	25,6	47,6	39,5	24,9	8,9
Dette sociale (déficits non amortis)	114,7	140,6	154,0	161,1	151,6

Source : Cour des comptes d'après les comptes 2019 à 2022, les décrets n° 020-1074 du 19 août 2020, n° 2021-40 du 19 janvier 2021, n° 2022-19 du 10 janvier 2022, n° 2023-12 du 11 janvier 2023 et les prévisions de la LFSSR 2023 et de la Cades sur son résultat 2023

3 - Un financement des déficits à définir pour les exercices 2024 et suivants

Grâce aux ressources qui lui sont affectées (la contribution à la réduction de la dette sociale – CRDS, une fraction de la CSG et les réserves du fonds de réserve des retraites), la Cades couvre la charge des intérêts des emprunts qu'elle a émis et dégage un excédent. Celui-ci est consacré, pour l'essentiel, au remboursement de sa dette et à des versements à l'Acoss qui financent la reprise des déficits qui lui ont été transférés. Cet excédent, stable en 2019 et en 2020 autour de 16 Md€, a augmenté depuis 2021 sous l'effet du rebond de la masse salariale, sur laquelle sont assises en grande partie la CSG et la CRDS. Il a atteint 19,0 Md€ en 2022.

Des décrets ont fixé les modalités du versement de la Cades à l'Acoss des 136 Md€ alloué par la loi du 7 août 2020. Le tableau ci-après donne la répartition de ces versements par exercice et par nature d'opérations.

Tableau n° 10 : montants pris en charge par la Cades par exercices et par catégories d'opérations (en Md€)

	2020	2021	2022	2023	2024 (p)	Total
Déficits antérieurs à 2020	20,0	11,2				31,2
Déficit branche maladie + FSV 2020		23,8	9,1			32,9
Déficit branche maladie 2021			25,9	0,2		26,1
Déficit branche maladie + retraite 2022				24,0		24,0
Dette établissements de santé		5,0	5,0	3,0		13,0
Reste pour reprise déficits 2023					8,8	8,8
Total	20,0	40,0	40,0	27,2	8,8	136,0

Source : Cour des comptes d'après les comptes des exercices 2020 et 2021, les décrets n° 020-1074 du 19 août 2020, n° 2021-40 du 19 janvier 2021, n° 2022-19 du 10 janvier 2022 et n° 2023-12 du 11 janvier 2023

La Cades a repris les déficits 2020 de la branche maladie du régime général et du FSV et 2021 de la branche maladie du régime général, les situations nettes des autres branches du régime général étant alors excédentaires. En 2023³⁵, elle reprendra 24 Md€ au profit de la branche maladie pour couvrir le déficit de 2022 (21 Md€) et les reliquats de 2021 (0,2 Md€), 3 Md€ au profit de la branche vieillesse et 3 Md€ pour la dernière tranche du dispositif à destination des établissements de santé participant au service public.

Il ne restera donc plus que 8,8 Md€ disponibles à la Cades en application de la loi du 7 août 2020 pour reprendre les déficits des années 2023 et suivantes du régime général³⁶. Cette somme devrait seulement permettre de reprendre l'essentiel des déficits de 2023 des branches maladie et vieillesse du régime général. En revanche, il faudra élaborer de nouvelles solutions pour la reprise des déficits de la CNRACL constatés depuis 2020 et pour ceux des branches maladie et vieillesse du régime général constatés à partir de 2024, pour éviter qu'ils ne pèsent sur les soldes de l'Acoss.

³⁵ Décret n° 2023-12 du 11 janvier 2023.

³⁶ Les textes actuels n'autorisent pas une reprise de la dette de la CNRACL cumulée après le déficit 2019.

CONCLUSION

En 2022, le déficit des régimes de sécurité sociale et du FSV est resté élevé malgré la poursuite d'une croissance rapide des recettes, portée par l'amélioration de la situation de l'emploi. Les effets de la crise sanitaire sont demeurés sensibles mais se sont progressivement atténués. Les mesures de revalorisation du Ségur de la santé, y compris dans le champ du médico-social, se sont poursuivies. Le renforcement de l'inflation a conduit le Gouvernement, pour protéger le pouvoir d'achat, à revaloriser par anticipation les pensions de retraites et d'invalidité, rentes AT-MP et prestations familiales et à augmenter le point d'indice de la fonction publique.

En 2023, la réduction conjoncturelle des déficits devrait permettre une diminution de la dette sociale pour la première fois depuis 2019 et un retour à l'excédent de la situation nette de trésorerie de l'Acoss.

Toutefois, les déficits de la sécurité sociale devraient repartir à la hausse en 2024, en raison d'une augmentation des déficits de la branche vieillesse, la réforme des retraites de 2023 ne produisant pas encore son plein effet. La situation financière de la CNRACL est à cet égard particulièrement critique et demandera des mesures spécifiques.

La trajectoire des soldes de la branche maladie apparaît mieux orientée mais son évolution favorable repose sur des hypothèses fragiles de maîtrise des charges, en l'absence de réorganisations structurelles visant à une meilleure efficacité.

Dans ces conditions, l'Acoss ne sera plus en mesure de financer, à elle seule, les déficits du régime général des exercices 2024 et suivants, ni le cumul des déficits de la CNRACL depuis 2020. Comme la Cour l'a déjà relevé dans son précédent rapport³⁷, un nouvel allongement de la durée de vie de la Cades au-delà de 2033, s'il était décidé, devrait impérativement s'accompagner d'une trajectoire crédible et durable de retour à l'équilibre.

Pour cela, un programme pluriannuel de réformes doit être établi, accompagné d'une trajectoire de rétablissement des comptes. Il importe que le Parlement, dont les pouvoirs ont été renforcés par la récente loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, soit saisi le plus tôt possible du contenu et du calendrier de ces réformes.

³⁷ Cour des comptes, Ralfss 2022 chapitre I, « La situation financière de la sécurité sociale : un redressement sous contraintes mais nécessaire ».

**Avis de la Cour sur la cohérence
des tableaux d'équilibre et du tableau
patrimonial de la sécurité sociale
pour l'exercice 2022**

PRÉSENTATION

En application des dispositions de l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour formule des avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau de situation patrimoniale relatifs au dernier exercice clos, en l'espèce l'exercice 2022. Ces documents seront soumis au Parlement dans le cadre du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (LACSS) de l'exercice 2022, qui doit être déposé avant le 1^{er} juin 2023.

Les tableaux d'équilibre, pour l'exercice 2022, correspondent à des comptes de résultat combinés³⁸ couvrant, respectivement, l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

En 2022, le déficit agrégé de cet ensemble a atteint 19,6 Md€, contre 24,3 Md€ dans le tableau d'équilibre de 2021 proposé en PLFSS 2023 et 29,3 Md€ selon les tableaux pour 2021 modifiés par le Parlement lors de l'adoption de l'article 1^{er} de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023³⁹ faisant suite au refus de la Cour de certifier les comptes de l'activité de recouvrement pour 2021.

Le tableau de la situation patrimoniale correspond à un bilan combiné des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV, à l'amortissement de leur dette par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) et à la mise en réserve de recettes à leur profit par le fonds de réserve pour les retraites (FRR).

Compte tenu des déficits des régimes de base et du FSV, et malgré l'excédent de la Cades, les fonds propres retracés par le tableau de situation patrimoniale (- 99,2 Md€ au 31 décembre 2022) se sont détériorés de 5,7 Md€ par rapport à 2021 et l'endettement financier net de la sécurité sociale (122,7 Md€ fin 2022) s'est accru de 7,4 Md€.

Au regard de leurs conditions de réalisation et d'audit et 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, avec un niveau d'assurance inférieur à celui des années précédentes, une représentation cohérente des recettes, des dépenses et du solde (tableaux d'équilibre), ainsi que des actifs et passifs (tableau de situation patrimoniale) des entités comprises dans leurs champs respectifs.

³⁸ La combinaison désigne la consolidation des comptes d'entités sans lien en capital entre elles, mais entretenant des relations suffisamment étroites pour justifier que soient établis des comptes communs dans lesquels sont éliminées leurs opérations réciproques.

³⁹ Tableaux confirmés par la décision n° 2022-845 DC du 20 décembre 2022 du Conseil Constitutionnel.

I - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre pour l'exercice 2022

L'article LO. 111-3-13 du code de la sécurité sociale dispose que la loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale « *approuve les tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant au financement de ces régimes* ».

Pour l'application de ces dispositions, seront soumis à l'approbation du Parlement, deux 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 des régimes figurant en annexe 1 du PLFSS 2023 (anciennement triennale et désormais annuelle), présenté par branche et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes précités, cette dernière catégorie comprenant un seul organisme, le fonds de solidarité vieillesse (FSV)⁴⁰.

Le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base regroupe les données de trente-deux régimes, dont le détail est récapitulé en annexe. En dehors du régime général, les régimes obligatoires de base comprennent treize régimes d'assurance vieillesse, un régime d'assurance maladie, quatre régimes d'accidents du travail-maladies professionnelles, quatre régimes mixtes d'assurance vieillesse et d'assurance maladie, deux régimes mixtes d'assurance vieillesse et d'accidents du travail-maladies ainsi que six régimes mixtes d'assurance maladie, d'assurance vieillesse et d'accidents du travail-maladies professionnelles. Un régime n'a pas enregistré de dépenses ni de recettes en 2022⁴¹.

Établis par la direction de la sécurité sociale (DSS), les tableaux d'équilibre sont présentés sous la forme de comptes de résultat retraités et simplifiés comprenant trois agrégats : le montant total des « recettes », le montant total des « dépenses » et le « solde ».

⁴⁰ 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 de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

⁴¹ Régime des accidents du travail du département de Paris à la suite de sa fusion avec le régime des accidents du travail de la Mairie de Paris.

Les « recettes » et les « dépenses » ne correspondent pas à des recettes encaissées et à des dépenses décaissées⁴², mais à des produits et à des charges d'une comptabilité générale établie en droits constatés⁴³, auxquels certains retraitements sont apportés. De même, le « solde » correspond à un résultat de comptabilité générale, et non à un solde de trésorerie.

Par nature, les tableaux d'équilibre dans lesquels figurent des montants globaux de produits et de charges, fournissent une information réduite sur la formation des soldes soumis à l'approbation du Parlement.

A - Les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2022

Les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2022 présentés ci-après figureront dans le projet de la loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale soumis à l'approbation du Parlement.

Au moment du dépôt de ce rapport, la Cour n'avait pas été rendue destinataire par la direction de la sécurité sociale du tableau d'équilibre des régimes de base obligatoires et du FSV définitif, la version obtenue les 14 avril, 21 avril et 4 mai 2023, ne comprenant pas les comptes de l'Assemblée Nationale et du Sénat. Ceci constitue une limitation à ses travaux.

En 2022, selon les tableaux d'équilibre établis par la DSS au 4 mai 2023, les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ont enregistré un déficit de 21,0 Md€, contre un déficit de 27,7 Md€ en 2021 selon la LFSS 2023, tandis que le FSV est passé d'un déficit de 1,5 Md€ en 2021 à un excédent de 1,3 Md€ en 2022. Au total, l'ensemble constitué par les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et le FSV affiche un déficit de 19,6 Md€ en 2022, contre un déficit de 29,3 Md€ selon la LFSS 2023 en 2021.

⁴² Comme c'est le cas, par exemple, dans la comptabilité budgétaire de l'État.

⁴³ Depuis 1996, les organismes de sécurité sociale doivent tenir leur comptabilité en droits constatés.

**Tableau n° 11 : tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes
 obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV au titre de 2022
 (En Md€)**

	Recettes	Dépenses	Solde
<i>Maladie</i>	221,1	242,1	-21,0
<i>Accidents du travail et maladies professionnelles</i>	16,2	14,5	1,7
<i>Vieillesse</i>	259,0	262,8	-3,8
<i>Famille</i>	53,3	51,4	1,9
<i>Autonomie</i>	35,4	35,2	0,2
<i>Toutes branches (hors transferts entre branches) en net (*)</i>	570,3	591,3	-21,0
<i>Fonds de solidarité vieillesse</i>	19,4	18,0	1,3
<i>Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse, en net⁴⁴</i>	572,0	591,6	-19,6

(*) Le total « toutes branches » est retraité par la neutralisation des transferts entre branches
 Source DSS Version du 2 mai 2023 hors Assemblée nationale et Sénat⁴⁵

**Tableau n° 12 : 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	19,4	18,0	1,3

Source DSS

⁴⁴ Pour les recettes et pour les dépenses, sont déduites du total agrégé les opérations réciproques entre les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et le FSV.

⁴⁵ Les soldes ne correspondent pas systématiquement à la différence des montants, en raison de l'application des règles d'arrondis. Les montants totaux de produits et de charges ne correspondent pas à la somme des produits et des charges, compte tenu de l'élimination des produits et charges réciproques liés à des transferts entre branches ou avec le FSV.

B - Avis de la Cour

Conformément aux dispositions de l'article LO. 111-4-6 du code de la sécurité sociale, la Cour exprime un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre 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 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 à travers 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 régimes⁴⁶).

*

**

En application de l'article LO. 111-4-6 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 2022 établis par la DSS, qui seront soumis à l'approbation du Parlement dans le projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité et sociale 2023.

À l'issue de ces vérifications et sur le fondement des éléments d'information qui lui ont été communiqués par la DSS, la Cour estime que, du fait de leurs conditions de réalisation et d'audit, les tableaux d'équilibre précités fournissent une représentation cohérente des recettes, des dépenses et du solde qui en découle au regard des comptes arrêtés par les entités relevant de leurs périmètres respectifs, avec un niveau d'assurance inférieur à celui des années précédentes. Elle formule à cet égard les observations suivantes :

- 1. les conséquences du nouveau calendrier d'approbation des tableaux d'équilibre déterminé par la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, notamment par le dépôt du PLACSS avant le 1er juin, n'ont pas été tirées en matière de production des comptes (cf. C- 1 infra) ;

⁴⁶ Sur cette question, voir C- 2 *infra*.

- 2. selon les indications données à la Cour, les commentaires et explications fournis, jusqu'en 2021, à l'appui des tableaux d'équilibre, en annexe au PLFSS, ne seront plus jointes au projet de loi d'approbation des comptes, ce qui réduit en conséquence l'information communiquée au Parlement (cf. C- 2 *infra*) ;
- 3. des faiblesses persistantes des dispositifs de contrôle interne et des difficultés comptables continuent à affecter la fiabilité des comptes retracés dans les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2022, comme le soulignent le rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2022 et les rapports d'opinion des commissaires aux comptes de la Mutualité agricole, du FSV et de l'Énim pour ce même exercice (cf. C- 3 *infra*) ;
- 4. 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- 4 *infra*).

C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour

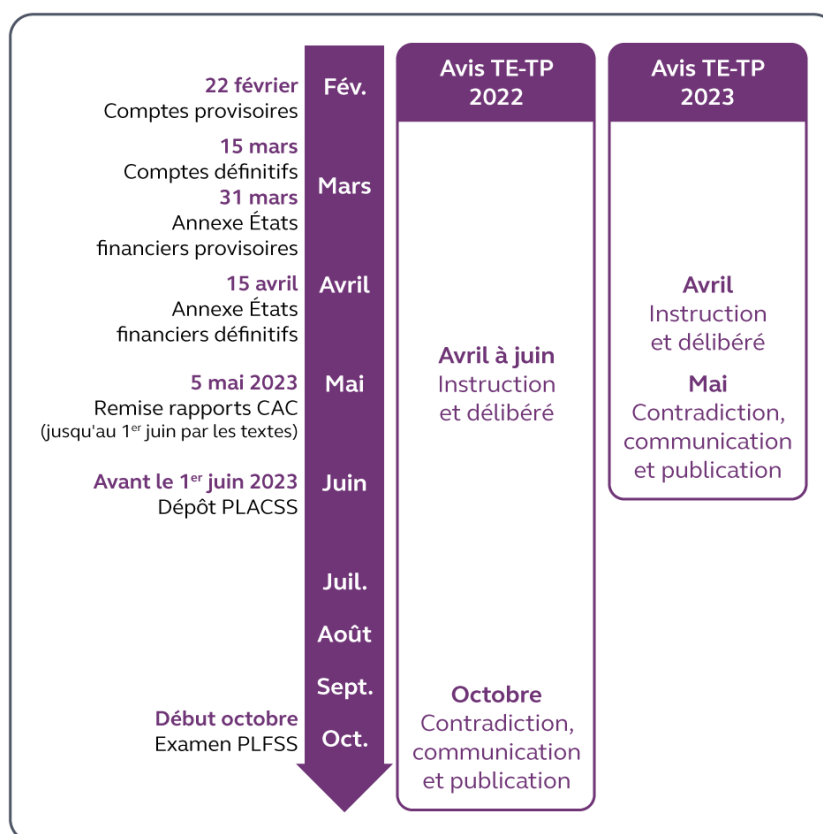
1 - Toutes les conséquences du nouveau calendrier d'approbation des tableaux d'équilibre n'ont pas été tirées en matière de production des comptes

La loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux LFSS a prévu le dépôt du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (PLACSS) de l'année N avant le 1^{er} juin de l'année N+1, en cohérence avec l'avancement décidé pour le règlement du budget et l'approbation des comptes de l'État.

Toutefois, les dates de production et de certification des comptes des organismes de sécurité sociale n'ont pas été modifiées.

La Cour salue le travail important réalisé par la DSS sociale en 2023 pour s'adapter aux exigences du nouveau calendrier imposé par le PLACSS, notamment en anticipant la collecte des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et en transmettant plus rapidement à la Cour les projets de tableaux d'équilibre.

Graphique n° 5 : comparaison des calendriers 2022 et 2023



Source : Cour des comptes

Le délai de préparation par la Cour des avis qu'elle doit rendre sur les tableaux d'équilibre a été réduit de quatre mois par rapport à la situation qui prévalait jusqu'en 2021. Le temps laissé à l'examen des comptes et des rapports des commissaires aux comptes n'est donc plus que d'environ quinze jours. Cette réduction des délais pour les certificateurs ne s'est pas accompagnée d'une révision du calendrier d'établissement des comptes des organismes de sécurité sociale (du 22 février pour les comptes provisoires au 15 avril pour les états financiers définitifs⁴⁷). Des échanges ont été engagés entre l'administration et la Cour sur une évolution de ce calendrier. Les perspectives d'évolution restent cependant à définir.

⁴⁷ Arrêté du 24 décembre 2014 fixant le calendrier d'établissement des comptes annuels et les modalités d'élaboration des balances mensuelles des organismes de sécurité sociale.

Un avancement du calendrier de quinze jours, avec la production des comptes définitifs à la fin février et des états financiers définitifs de l'ensemble des organismes au 31 mars (au lieu du 15 avril) permettrait de sécuriser les travaux de certification des comptes de la Cour et des commissaires aux comptes.

2 - Des informations jointes en annexe du PLACSS plus réduites que par le passé

La loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale a pour objet non seulement de présenter un tableau de synthèse retraçant les recettes, les dépenses et le solde des administrations de sécurité sociale mais aussi d'approuver les tableaux d'équilibre du dernier exercice clos et le tableau de situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement.

Selon les indications transmises à la Cour par l'administration, les informations antérieurement présentées en annexe du PLFSS intéressant les tableaux d'équilibre ne seront plus jointes en annexe du PLACSS⁴⁸. Or ces informations permettaient la présentation détaillée des résultats et une approche comparative des comptes de résultat entre branches et organismes ainsi que les conséquences induites en termes de bilan. La Cour n'ayant pas connaissance des éléments du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale portant sur ces sujets, ne sera pas en mesure de les commenter dans l'avis qu'elle doit formuler.

3 - Une moindre fiabilité des données comptables intégrées aux tableaux d'équilibre

La situation de la branche famille a conduit la Cour à constater qu'elle n'est pas en mesure d'en certifier les comptes de l'exercice 2022⁴⁹.

Après avoir pris en compte les difficultés rencontrées pour mettre en œuvre la réforme des aides au logement de 2021, la Cour avait insisté dans le précédent rapport de certification sur la dégradation continue ou

⁴⁸ Selon la DSS, l'article LO. 111-4-4 du code de la sécurité sociale issu de la loi n°2022-354 du 14 mars 2022, a fait disparaître cette obligation. Ces informations seraient désormais précisées dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale. (La Cour a été rendue destinataire le 28 avril d'un projet de fiche uniquement pour le tableau de situation patrimoniale).

⁴⁹ Voir Cour des comptes, Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale, exercice 2022, mai 2023.

l'absence d'inflexion notable des performances de la branche famille en matière de maîtrise des risques, relevant l'efficacité déclinante des dispositifs mis en œuvre et l'anticipation insuffisante des adaptations rendues nécessaires par les réformes. La situation a peu évolué en 2022.

Cette opinion défavorable affecte l'appréciation qui peut être portée sur la ligne « famille » du tableau d'équilibre des régimes obligatoires de base, celle-ci reprenant de manière agrégée, après retraitement, les produits et les charges des comptes de la branche famille du régime général et à l'identique son résultat.

À l'exception de régimes de petite taille auxquels s'attachent des enjeux financiers limités, les comptes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale⁵⁰ ainsi que ceux du FSV relèvent, selon les cas :

- d'une certification par la Cour (régime général de sécurité sociale, régime des pensions civiles et militaires de l'État, régimes de retraite de l'Assemblée nationale et du Sénat) ;
- d'une certification par un ou plusieurs commissaires aux comptes (15 régimes et le FSV) ;
- d'un audit contractuel effectué par les commissaires aux comptes de l'organisme auquel la gestion de ces régimes a été déléguée⁵¹, contrairement aux dispositions législatives qui prévoient une certification et, donc, un audit légal.

La Cour relève que, pour l'exercice 2022, un rapport ne lui avait pas été transmis sur les 27 attendus à la date du 5 mai, date à laquelle la DSS s'était engagée à les communiquer à la Cour. Ce rapport lui a été transmis le 15 mai.

⁵⁰ Mentionnés dans la liste figurant en annexe 1 au PLFSS pour 2023.

⁵¹ 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 exprimés par les auditeurs
 externes sur les états financiers de l'exercice 2022 des régimes
 obligatoires de base et du FSV**

	Branches du régime général	Autres régimes	En % des charges brutes 2022
<i>Certification sans réserve*</i>	-	CNIEG, Cropéra, régime spécial de sécurité sociale des personnels de la BDF, CRPCEN, CRP RATP, CNRACL, Cavimac, CNAVPL, CPRP SNCF, CANSSM, FATIACL, FSPOEIE, Ratocem, Rentes AT (Mairie de Paris, AP de Paris), Risp, Chemin de Fer Outre-Mer, Chemin de Fer Éthiopie, CNMSS, CNBF, Préfecture du Haut-Rhin,	8,6
<i>Absence de réserve**</i>	-	Régime des pensions des agents de l'État Régime de retraite de l'Assemblée nationale et du Sénat	8,8
<i>Certification avec réserve(s)</i>	Les branches maladie, AT-MP, vieillesse et autonomie du régime général et l'activité de recouvrement	MSA, FSV, Énim	74,7
<i>Refus de certifier</i>	Branche famille		7,9
<i>Attente de l'opinion des CAC</i>		CRPCF (Comédie Française)	Non significatif

*Ou absence d'anomalie significative relevée dans le cadre d'un rapport d'examen limité (cf. C-3 infra)

**Régimes sans personnalité morale distincte

Source : Cour des comptes – Au 5 mai 2023

Les opinions exprimées par les auditeurs externes sur les comptes des régimes de base de sécurité sociale et du FSV ont une incidence sur le degré de fiabilité qu'il est possible d'accorder aux données intégrées aux tableaux d'équilibre.

Dans ses opinions sur les comptes des autres branches du régime général de sécurité sociale, la Cour a constaté des anomalies comptables de moindre importance ainsi que des insuffisances d'éléments probants à l'appui des montants comptabilisés. Ces dernières portent notamment sur

la capacité insuffisante des dispositifs de contrôle interne à prévenir ou à détecter les erreurs d'attribution et de calcul des prestations sociales qui affectent leur paiement à bon droit.⁵²

S'agissant des autres régimes, la Cour constate que leurs comptes ont été certifiés sans réserve par les commissaires aux comptes, sous trois exceptions.

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

Les tableaux d'équilibre sont présentés en regroupant, en recettes, les montants relatifs aux prélèvements sociaux affectés aux régimes de sécurité sociale et, en dépenses, les montants des prestations dont ils assurent le versement.

Or le montant des recettes et celui des dépenses sont chacun une contraction 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'autres 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 au titre des prestations.

Comme la Cour l'a souligné à de multiples reprises, 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 ainsi que 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 20,7 Md€ pour l'ensemble des régimes, dont 20,5 Md€ pour l'ensemble des régimes de base et 0,2 Md€ pour le FSV).

¹⁵ Voir Cour des comptes, Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale, exercice 2022, mai 2023.

II - Avis de la Cour sur la cohérence du tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2022

En application de l'article LO. 111-3-13 du code de la sécurité sociale, est soumis à l'approbation du Parlement un rapport figurant en annexe du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale, qui retrace la situation patrimoniale, au 31 décembre 2022, des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement (FSV), à l'amortissement de leur dette (Cades) ou à la mise en réserve de recettes à leur profit (FRR) et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents et la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation des tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos.

Selon l'article LO. 111-4-4 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. Établi par la DSS, ce tableau 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 de leurs actifs et passifs réciproques.

Le périmètre du tableau de situation patrimoniale est moins étendu que celui de la LFSS : certains régimes n'y sont pas intégrés, 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 pas autorisés à recourir à l'emprunt. De ce fait, les régimes de retraite de la Seita et de l'Assemblée nationale⁵³ ne sont pas compris dans son champ, de même que les caisses de retraites du Sénat selon la DSS, même si le montant de leur bilan dépasse 30 M€⁵⁴,

⁵³ Caisses de retraites des députés et du personnel de l'Assemblée nationale.

⁵⁴ Au 31 décembre 2022, le total du bilan de la caisse de retraites des anciens sénateurs s'élève à 615 M€ et celui de la caisse de retraites du personnel à 728 M€.

A - Le tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2022

Le tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2022 présenté ci-après figurera dans le rapport mentionné dans l'annexe au PLACSS pour 2022⁵⁵ soumis à l'approbation du Parlement.

Le tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2022 traduit la dégradation de la situation patrimoniale de la sécurité sociale, dans le contexte de deux exercices marqués notamment par les conséquences financières de la crise sanitaire.

Dans le tableau de situation patrimoniale, les montants du report à nouveau et du résultat de 2021 pour le régime général correspondent aux montants cumulés des comptes des organismes nationaux qui en relèvent. En cohérence avec la modification apportée lors de l'adoption de l'article 1^{er} de la LFSS pour 2023, ces montants pourraient être corrigés dans le cadre du PLACSS. Les observations de la Cour qui suivent sont fondées, sous cette réserve, sur les éléments transmis par la DSS et, lorsqu'elle est applicable, sur la LFSS pour 2023 et les montants qu'elle a modifiés et approuvés.

⁵⁵ Annexe prévue au 2^o) de l'article LO. 111-4-4.

**Tableau n° 14 : tableau de situation patrimoniale
 au 31 décembre 2022 (en Md€)**

<i>Actif (en md€)</i>	2022	2021	Var.	<i>Passif (en md€)</i>	2022	2021	Var.
Immobilisations	7,3	7,3	0,0	Capitaux propres	-99,2	-93,5	-5,7
<i>Immobilisations non financières</i>	5,4	5,2	0,2	Dotations	24,1	21,5	2,5
<i>Régime général</i>	4,5	4,4	0,1	Régime général	8,1	3,8	4,3
<i>Autres régimes</i>	0,9	0,8	0,1	Autres régimes	8,7	8,4	0,4
<i>FSV</i>	0,0	0,0	0,0	FSV	0,0	0,0	0,0
<i>Cades</i>	0,0	0,0	0,0	Cades	0,2	0,2	0,0
<i>FRR</i>	0,0	0,0	0,0	FRR	7,1	9,2	-2,1
Prêts, dépôts de garantie et autres	1,2	1,3	-0,1	Réserves	24,3	23,5	0,8
<i>Régime général</i>	0,9	1,0	-0,1	Régime général	3,8	3,8	0,0
<i>Autres régimes</i>	0,3	0,3	0,0	Autres régimes	6,3	7,1	-0,8
				FRR	14,2	12,6	1,6
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale (ugecam, uioss)	0,8	0,8	0,0	Report à nouveau	-	-	-
<i>Régime général</i>	0,8	0,8	0,0	Régime général	8,2	-4,1	12,3
<i>Autres régimes</i>	0,0	0,0	0,0	Autres régimes	0,9	0,0	0,9
<i>FSV</i>	0,0	0,0	0,0	FSV	-0,6	1,0	-1,6
<i>Cades</i>	0,0	0,0	0,0	Cades	-	-	-
<i>FRR</i>	0,0	0,0	0,0	FRR	155,4	133,2	22,2
				FRR	0,0	0,0	0,0
				Résultat de l'exercice	-1,3	-4,9	3,6
				Régime général	-20,1	-22,8	2,7
				Autres régimes	-0,9	0,1	-1,0
				FSV	1,3	-1,5	2,9
				Cades	19,0	17,8	1,1
				FRR	-0,6	1,6	-2,1
				Autres	0,6	2,7	-2,1
				FRR	0,6	2,7	-2,1

<i>Actif (en md€)</i>	2022	2021	Var.	<i>Passif (en md€)</i>	2022	2021	Var.
				Provisions pour risques et charges	17,1	21,4	-4,3
				Régime général	14,7	19,0	-4,3
				Autres régimes	2,2	2,2	-0,1
				FSV	0,0	0,0	0,0
				Cades	0,1	0,1	0,0
				FRR	0,0	0,0	0,0
				Autres attributaires	0,1	0,1	0,0
Actif financier	57,1	63,9	-6,8	Passif financier	179,8	179,2	0,6
Valeurs mobilières et titres de placement	35,1	39,1	-4,0	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, ecp)	169,7	167,4	2,2
<i>Régime général</i>	0,0	0,0	0,0	Régime général (échéance < 1 an)	26,1	44,1	-18,0
<i>Autres régimes</i>	14,9	13,7	1,2	Cades (échéance < 1 an)	22,4	21,8	0,6
<i>FSV</i>	0,0	0,0	0,0	Cades (échéance > 1an)	121,1	101,5	19,6
<i>Cades</i>	0,0	0,0	0,0	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	5,4	6,1	-0,7
<i>FRR</i>	20,1	25,4	-5,3	Régime général (y compris prêts cdc)	4,5	5,0	-0,5
Encours bancaire	20,3	24,3	-4,0	Autres régimes (y compris prêts cdc)	0,0	0,0	0,0
<i>Régime général</i>	10,3	10,9	-0,6	FSV	0,0	0,0	0,0
<i>Autres régimes</i>	5,3	5,9	-0,6	Cades	0,8	1,0	-0,2
<i>FSV</i>	0,0	0,0	0,0	FRR	0,0	0,0	0,0
<i>Cades</i>	4,0	7,0	-3,0	Dépôts	0,2	0,2	0,0
<i>FRR</i>	0,7	0,6	0,1	Régime général	0,2	0,2	0,0
Créances nettes au titre des instruments financiers	1,7	0,5	1,2	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,0	0,0	0,0
<i>Cades</i>	1,2	0,3	0,9	Régime général	0,0	0,0	0,0
<i>FRR</i>	0,5	0,2	0,3	FRR	0,0	0,0	0,0
				Autres	4,4	5,5	-1,1
				Régime général	0,0	0,0	0,0

<i>Actif (en md€)</i>	2022	2021	Var.	<i>Passif (en md€)</i>	2022	2021	Var.
				Autres régimes	3,0	4,1	-1,1
				Cades	1,4	1,3	0,0
Actif circulant	106,9	108,0	-1,1	Passif circulant	73,7	72,0	1,7
<i>Créances de prestations</i>	8,5	8,6	-0,1	Dettes à l'égard des bénéficiaires (y.c. Charges à payer)	39,9	34,4	5,5
<i>Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale</i>	12,6	20,5	-7,9	Dettes à l'égard des cotisants (y.c. Charges à payer)	4,8	4,5	0,2
<i>Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et impôts de sécurité sociale</i>	61,4	57,1	4,3				
<i>Créances sur l'état, autres entités publiques et organismes de sécurité sociale</i>	15,3	13,4	1,9	Dettes à l'égard de l'état, autres entités publiques et organismes de sécu. (y.c. Charges à payer)	18,1	21,9	-3,8
<i>Produits à recevoir de l'état</i>	0,7	1,5	-0,8				
<i>Autres actifs (débiteurs divers, comptes d'attente et de régul.)</i>	8,4	6,9	1,5	Autres passifs (créiteurs divers, comptes d'attente et de régul.) (y.c. Charges à payer)	10,9	11,2	-0,3
Total de l'actif	171,3	179,2	-7,9	Total du passif	171,3	179,2	-7,9
Immobilisations	7,3	7,3	0,0	Capitaux propres	-99,2	-93,5	-5,7

Nota Bene : Les comptes 2021 présentés dans le tableau ci-dessus, ne tiennent pas compte de l'adoption de l'article 1^{er} de la LFSS pour 2023. Si les corrections avaient été effectuées, dans le passif du bilan pour 2021, le report à nouveau s'établirait à -131,3 Md€ (au lieu de -136,3 Md€) et le résultat net de l'exercice à -9,9 Md€ (au lieu de -4,9 Md€).

Source : direction de la sécurité sociale

Par analogie avec la présentation du compte général de l'État, le montant des capitaux propres (- 99,2 Md€ au 31 décembre 2022, contre - 93,5 Md€ fin 2021) pourrait être assimilé à la situation nette consolidée des entités entrant dans le champ des LFSS.

En 2022, les capitaux propres ont diminué de 5,7 Md€ (6,8 Md€ en 2021 et 25,3 Md€ en 2020) sous l'effet d'une triple évolution :

En premier lieu, le résultat net d'ensemble reste déficitaire, quoique dans une proportion moindre qu'en 2021 (- 1,3 Md€, soit une amélioration de 3,6 Md€ par rapport à 2021).

En deuxième lieu, le report à nouveau s'est dégradé de 10,6 Md€ (- 146,9 Md€ au 31 décembre 2022 contre - 136,3 Md€ fin 2021).

En troisième lieu les réserves sont restées stables. Les dotations ont augmenté de 4,3 Md€ au titre du régime général. Cette hausse correspond à la comptabilisation au bilan de l'assurance maladie de la part non utilisée de 7,9 Md€ du versement cumulé de 10 Md€ (dont 5 Md€ au titre de 2021 et 5 Md€ au titre de de 2022) opéré par la Cades pour financer la restauration des capacités financières et l'investissement des établissements de santé participant au service public.

L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre passif⁵⁶ et actif financiers⁵⁷, a atteint 122,7 Md€ au 31 décembre 2022. Il a augmenté pour la troisième année consécutive (+ 7,4 Md€ en 2022, + 4,6 Md€ en 2021, + 36,0 Md€ en 2020), après quatre années de réduction (2016-2019).

Cette hausse recouvre notamment :

- une augmentation de l'endettement financier net de la Cades (+ 22,3 Md€), qui s'établit à 140,6 Md€ au 31 décembre 2022, ses passifs financiers ayant augmenté de 20,1 Md€⁵⁸, tandis que ses actifs financiers ont diminué de 2,2 Md€⁵⁹ ;
- une diminution de l'endettement financier net du régime général (- 18 Md€), qui s'établit à 20,5 Md€ au 31 décembre 2022, dont 16,1 Md€ portés par l'Acoss. Cette évolution reflète la nette diminution des dettes financières de l'Acoss (26,3, Md€ fin 2022 contre 44,3 Md€ fin 2021, dépôts compris), dont le plafond autorisé d'emprunt a été réduit de 95 Md€ à 65 Md€ en 2022. Pour une part, ces emprunts ont pour contrepartie des disponibilités, dont l'Acoss a maintenu le niveau par précaution (10,3 Md€ contre 10,8 Md€ fin 2021).

⁵⁶ Pour l'essentiel, l'endettement social est porté par la Cades et par l'Acoss.

⁵⁷ Les actifs financiers sont principalement détenus par le FRR (21,4 Md€), la Cades (5,2 Md€), le régime de retraites de la Banque de France (12,3 Md€), non doté de la personnalité morale, l'Acoss (10,3 Md€) et la MSA (2,6 Md€).

⁵⁸ Les titres de créances négociables ont diminué (1,9 Md€ contre 9,3 Md€ en 2021), tandis que les emprunts obligataires ont fortement progressé (141,7 Md€ contre 114 Md€).

⁵⁹ Sous l'effet principalement de la diminution des opérations de trésorerie et interbancaires (-3,1 Md€) et de la hausse de dépôts de garantie (1,0 Md€).

L'actif circulant est par ailleurs stable (106,9 Md€ contre 108 Md€ en 2021). Cette stabilité recouvre toutefois des évolutions contraires essentiellement par :

- une augmentation des produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et d'impôts (+ 4,3 Md€), qui traduit notamment le dynamisme de l'assiette salariale du secteur privé ;
- une diminution des créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale (- 7,9 Md€), en raison notamment des effets en 2022 des plans d'apurement sur le recouvrement des créances nées pendant les exercices 2020 et 2021 marqués par la crise sanitaire.

B - Avis de la Cour

Conformément aux dispositions de l'article LO. 111-4-6 du code de la sécurité sociale, la Cour exprime un avis sur la cohérence du tableau de situation patrimoniale du dernier exercice clos.

À cette fin, la Cour s'assure du correct établissement du tableau de situation patrimoniale à partir des données comptables des entités entrant dans son champ, de l'élimination de l'ensemble des actifs et des passifs réciproques de ces entités, 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 de situation patrimoniale.

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).

*
**

En application du 2° de l'article LO. 111-4-6 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 de situation patrimoniale au 31 décembre 2022 établi par la DSS, qui figurera dans le rapport soumis à l'approbation du Parlement dans le projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2022, ainsi que sur les éléments d'information qui lui ont été transmis.

A l'issue de ses vérifications, la Cour estime que, du fait de ses conditions de réalisation et d'audit, le tableau de situation patrimoniale précité fournit une représentation cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2022 qui en découle au regard des comptes arrêtés par les entités relevant de leurs périmètres respectifs avec un niveau d'assurance inférieur à celui des années précédentes. Elle formule à cet égard les observations suivantes :

- 1. les conséquences du nouveau calendrier d'approbation des tableaux d'équilibre déterminé par la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, notamment par le dépôt du PLACSS avant le 1er juin, n'ont pas été tirées en matière de production des comptes (cf. C- 1 infra) ;
- 2. les annexes qui commentaient et expliquaient les tableaux d'équilibre et le tableau de situation patrimoniale dans le PLFSS ne seront plus jointes au PLACSS, ce qui réduit en conséquence l'information communiquée au Parlement (cf. C- 2 infra) ;
- 3. la fiabilité des données comptables intégrées au tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2022 a un caractère variable et présente dans certains cas des insuffisances, comme le soulignent les opinions exprimées par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement et des branches du régime général de sécurité sociale et celles des commissaires aux comptes de la Mutualité sociale agricole, du FSV et de l'Énim. (cf. C-3 infra).

Par ailleurs, la Cour appelle l'attention sur les cinq éléments suivants, nécessaires à la compréhension des informations procurées par le tableau de situation patrimoniale 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 (17,3 Md€ au 31 décembre 2022)⁶⁰ ont été réintégrées aux fonds propres du FRR, en diminution de ses dotations⁶¹ du fait de l'absence de comptabilisation par la Cades de créances réciproques sur le FRR⁶². Ce reclassement n'a pas d'incidence sur le montant total des capitaux propres retracés par le tableau de situation patrimoniale, mais uniquement sur leur ventilation entre la Cades et le FRR ;
2. le FRR ne comptabilise pas ses instruments financiers à la valeur historique. Contrairement aux autres organismes de sécurité sociale, en application des dispositions spécifiques de la réglementation comptable qui s'applique aux OPCVM⁶³, le fonds enregistre, à l'actif de son bilan, ces instruments à la valeur de marché (soit 20,1 Md€ au 31 décembre 2022) et, au passif, un écart positif d'estimation par rapport au coût d'acquisition de ces mêmes actifs (0,2 Md€) ;
3. une dette de 3,0 Md€ est comptabilisée par la caisse de réserve des employés de la Banque de France, non dotée de la personnalité morale, en contrepartie du transfert à cette caisse, 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 2007⁶⁴. En 2022, cette dette a diminué de 1,1 Md€, sous l'effet, d'une part du prélèvement effectué au cours de l'exercice sur la réserve spéciale afin de financer le paiement des pensions réglementaires non couvertes par les revenus des portefeuilles de titres (pour 0,9 Md€), et, d'autre part, du remboursement par la caisse de réserve d'une partie de l'avance

⁶⁰ En vue de financer une partie des reprises de déficits des branches famille, maladie et vieillesse du régime général et du FSV, la LFSS pour 2011 a prévu le versement par le FRR à la Cades de 2,1 Md€ par an entre 2011 et 2024, soit 29,4 Md€ au total.

⁶¹ 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 de situation patrimoniale, le montant restant dû à la Cades a été reclassé dans le poste « dotations » du FRR.

⁶² Dans l'annexe à ses comptes, la Cades mentionne ces ressources en tant qu'engagements de financement reçus du FRR (hors bilan).

⁶³ Avis n° 2003-07 du conseil national de la comptabilité (CNC), modifié par l'avis n° 2008-10 du 5 juin 2008.

⁶⁴ Les actifs ainsi transférés à compter du 1^{er} janvier 2018 comprenaient l'avance initiale de 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.

accordée par la Banque (pour 0,7 Md€). La contrepartie de la réduction de l'avance consentie par la Banque de France est comptabilisée dans les produits de gestion technique de la caisse de réserve ;

4. comme pour les exercices précédents, les titres de participation, inscrits initialement en immobilisations par les entités détentrices, sont reclassés en valeurs mobilières et titres de placement, pour un montant net de 4,8 Md€, en hausse de 0,8 Md€ par rapport à 2021⁶⁵. Ces actifs ne répondent pas strictement à la définition comptable des valeurs mobilières de placement⁶⁶. Ce reclassement permet de présenter l'ensemble des actifs financiers à une même rubrique (« Actif financier ») ;
5. le montant des capitaux propres inscrit au passif du tableau de situation patrimoniale (- 99,2 Md€) comprend 7,9 Md€ de dotations comptabilisées au bilan de la Cnam⁶⁷, correspondant à la différence entre les montants qu'elle a perçus de la Cades au titre de la couverture de dotations⁶⁸ aux établissements participant au service public hospitalier (5 Md€ en 2022⁶⁹, soit 10 Md€ au total), entités non comprises dans le champ du tableau de situation patrimoniale, et aux versements effectués à ce titre par la Cnam à ces derniers (0,7 Md€ en 2022, soit 2,1 Md€ au total). Ces modalités de comptabilisation, prévues par l'article 50 de la LFSS pour 2021, conduisent à majorer, de manière transitoire la situation nette présentée dans le tableau de situation patrimoniale.

⁶⁵ Ces titres, essentiellement détenus par les régimes autres que le régime général, sont principalement portés par la CnavPL (2,1 Md€), la MSA (1,3 Md€), la CNBF (0,7 Md€), la CRPCEN (0,7 Md€) et la Banque de France (0,2 Md€).

⁶⁶ Le plan comptable général (PCG) définit les valeurs de placement comme étant des titres acquis en vue de réaliser un gain à brève échéance, 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.

⁶⁷ Les dotations sont comptabilisées au compte #103 (biens de pleine propriété).

⁶⁸ L'article 1^{er} de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie prévoit un plafond de versements de la Cades de 13 Md€ dans la limite de 5 Md€ annuels, tandis que la Cnam verse des dotations aux hôpitaux sur une durée maximale de dix ans (art. 50 de la LFSS pour 2021).

⁶⁹ Conformément au décret n° 2022-23 du 11 janvier 2022.

C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour

1 - Toutes les conséquences du nouveau calendrier d'approbation du tableau de situation patrimoniale n'ont pas été tirées en matière de production des comptes

Il est renvoyé à l'observation présentée par la Cour sur les tableaux d'équilibre (cf. I-C-1).

2 - Des informations jointes en annexe du PLACSS plus réduites que par le passé

Il est renvoyé à l'observation présentée par la Cour sur les tableaux d'équilibre (cf. I-C-2).

3 - Une moindre fiabilité des données comptables intégrées au tableau de situation de patrimoine

S'agissant du régime général de sécurité sociale, les données comptables intégrées au tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2022 présentent une fiabilité parfois insuffisante, comme le soulignent le refus de certifier les comptes de la branche famille. Par ailleurs, les commissaires aux comptes de la Cades, de la MSA, de l'Énim et du FSV ont certifié avec réserve leurs comptes.

Il est renvoyé sur ce point aux développements précédents sur les tableaux d'équilibre (cf. I- C- *supra*). En complément de ceux-ci, le tableau de situation patrimoniale est affecté par des erreurs affectant la présentation des comptes des entités du régime général, notamment ceux de la branche autonomie (classement de de charges à payer en provisions pour charges).

S'agissant des entités comprises dans le champ du tableau de situation patrimoniale, mais non dans celui des tableaux d'équilibre, la Cour note que les états financiers du FRR au 31 décembre 2022 ont été certifiés sans réserve par ses commissaires aux comptes. Ceux de la Cades, du FSV et de l'Énim ont été certifiés avec réserve par leurs commissaires aux comptes (ou auditeur contractuel), dont l'opinion tire les conséquences des motifs du constat par la Cour du refus de certifier les comptes de l'activité recouvrement pour l'exercice 2021⁷⁰.

⁷⁰ Le rapport des commissaires aux comptes 2022 de la Cades a été remis le 30 mars 2023, avant la publication par la Cour, en mai, du rapport de certification des comptes du régime général pour l'exercice 2022.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Réalisés à partir des comptes arrêtés des entités comprises dans leurs champs respectifs, au regard de ses conditions de réalisation et d'audit, les tableaux d'équilibre et le tableau de situation patrimoniale de l'exercice 2022, soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale fournissent une représentation cohérente du résultat (« solde ») et de la situation patrimoniale des entités en question avec un niveau d'assurance inférieur à celui des années précédentes.

Par rapport à ceux de l'exercice 2021, les tableaux d'équilibre et le tableau de situation patrimoniale de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2022 restent affectés par une fiabilité parfois insuffisante des données comptables qui y sont intégrées. En effet la Cour a relevé d'autres anomalies significatives ainsi que des insuffisances d'éléments probants affectant les comptes de l'activité de recouvrement et des branches de prestations du régime général.

Par ailleurs, comme les années précédentes, les montants de produits (« recettes ») et de charges (« dépenses ») retracés dans les tableaux d'équilibre et concourant aux soldes précités résultent de contractions de produits et de charges non conformes au cadre normatif applicable aux comptes des organismes de sécurité sociale.

Les travaux menés par la Cour afin de vérifier la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial de 2022 interviennent dans un nouveau calendrier défini par la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale qui prévoit, à compter de 2023 au titre des comptes de l'exercice 2022, la discussion d'un projet de loi d'approbation des comptes

La Cour salue le travail important mené par la DSS pour anticiper la mise à disposition les éléments nécessaires à ses travaux en 2023. Pour autant, les dates non modifiées d'établissement des comptes (provisaires au 22 février et définitifs au 15 mars) comme celle des états financiers définitifs fixée au 15 avril et celle du 1^{er} juin (anticipée au 5 mai cette année) pour la transmission des rapports des commissaires aux comptes, affectent l'assurance que ces tableaux fournissent une représentation cohérente de l'équilibre et de la situation patrimoniale de la sécurité sociale.

Ces difficultés de mise en œuvre pour le premier exercice d'application de la réforme de la procédure d'approbation définitive des comptes de la sécurité sociale doivent conduire la DSS à mieux organiser les travaux de production des tableaux afin de permettre à la Cour de disposer d'un temps suffisant pour rendre ses avis d'audit.

Il est indispensable que soit anticipées la date d'arrêté des comptes des régimes de sécurité sociale⁷¹ ainsi que celle à laquelle la commission des comptes de la sécurité sociale, rend son avis sur les comptes de l'exercice.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes aux ministères chargés de la sécurité sociale (ministère de la santé et de la prévention, ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion) :

- 1. rétablir la production des éléments d'information, à joindre en annexe au PLACSS, détaillant, expliquant et comparant selon les exercices les tableaux d'équilibre et le tableau de situation patrimoniale ;*
- 2. renforcer la traçabilité et revoir les modalités d'établissement, de validation, de formalisation et d'explication des retraitements opérés pour la production des tableaux d'équilibre, afin de permettre à la Cour de communiquer au Parlement ses avis sur leur cohérence au moment du dépôt du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale ;*
- 3. tirer les conséquences de la mise en œuvre du PLACSS qui nécessite de revoir le calendrier relatif à la production des tableaux d'équilibre et du tableau de situation patrimoniale, en*
 - avançant de 15 jours la date de production des comptes ;*
 - prévoyant une réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale la première quinzaine de mai, avant le dépôt du projet de loi ;*
- 4. (recommandation réitérée) 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.*

⁷¹ Ces dates sont fixées au 15 mars pour les comptes de résultat et bilans définitifs et au 15 avril pour les états financiers complets comprenant l'annexe aux comptes.

Annexe

Tableau n° 15 : liste des régimes intégrés au tableau d'équilibre

	Risque Maladie- Invalidité	Risque AT- MP	Risque Vieillesse
Régime des salariés agricoles (MSA)	X	X	X
Régime des exploitants agricoles (MSA)	X	X	X
Régime de retraite des professions libérales (CNAVPL et ses sections)			X
Régime de retraite des avocats (CNBF)			X
Régime des fonctionnaires civils et militaires de l'État	X*	X*	X
Régime spécial maladie-maternité des militaires (CNMSS)	X		
Fonds des ouvriers des établissements industriels de l'État (FSPOEIE)	X*	X	X
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités territoriales (CNRACL)	X*		X
Fonds d'allocation temporaire d'invalidité des collectivités locales (FATIACL)		X	
Régime spécial de sécurité sociale dans les mines (CANMSS)	X	X	X
Régime spécial des industries électriques et gazières (CNIEG)	X*	X	X
Régime des agents de la SNCF	X	X	X
Régime des agents de la RATP	X	X	X
Régime des invalides de la marine (Énim)	X	X	X
Régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN)	X		X
Régimes des cultes (Cavimac)	X		X
Caisse de pension des députés et des anciens députés et caisse de retraite du personnel de l'Assemblée nationale	X		X
Caisses des retraites des anciens sénateurs et du personnel du Sénat	X		X
Régime des personnels de la Banque de France		X	X
Service de l'allocation spéciale aux personnes âgées (SASPA)			X
Ex-SEITA			X

	Risque Maladie- Invalidité	Risque AT- MP	Risque Vieillesse
Caisse de retraites des personnels de l'Opéra national de Paris (Cropera)			X
Caisse de retraites du personnel de la Comédie Française (CRPCF)			X
Régime d'indemnisation des sapeurs-pompiers communaux non professionnels (Risp)			X
Rentes accidents du travail des ouvriers civils des établissements militaires (Ratocem)		X	
Paris (Mairie, Département, AP-HP)		X	
Préfecture du Haut-Rhin			X
CRFCE (agents des chemins de fer d'Ethiopie)			X
CRRFOM (agents des chemins de fer d'outre-mer)			X

*Note : Les tableaux reposent sur la notion de branche et non de risque. Par conséquent les prestations effectivement prises en charge peuvent varier entre les régimes identifiés comme disposant d'une même branche. Il en résulte que le risque invalidité est conventionnellement inclus dans la branche maladie pour les personnes n'ayant pas atteint l'âge légal de départ à la retraite et dans la branche vieillesse à partir de cet âge. Certains régimes d'assurance vieillesse servent des pensions d'invalidité ou de rentes. Lorsque ce sont les seules prestations incluses dans les comptes de la branche, il est indiqué *.*

Source : Tableau 1 - liste des régimes, annexe 1 au PLFSS 2023

Chapitre II

Après la crise sanitaire,

un Ondam à conforter comme outil

de pilotage des dépenses de santé

PRÉSENTATION

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) est passé par plusieurs phases ces dernières années. De 2017 à 2019, la progression de ses dépenses est restée maîtrisée, à hauteur de 2,3 % par an. La Cour a, d'ailleurs, souligné les acquis de ce pilotage dans l'évolution des dépenses de santé⁷². En 2020 et en 2021, il a été systématiquement et largement dépassé, en raison principalement des dépenses induites par l'épidémie de covid 19. Au sortir de la crise sanitaire, le respect de l'Ondam reste fragilisé par son exécution en 2022 et par sa construction pour 2023.

En 2022, les dépenses relevant de l'Ondam prévues initialement en LFSS à 236,8 Md€, se sont finalement élevées à 247,2 Md€⁷³, en dépassement de 4,4 %, en raison principalement des dépenses supplémentaires liées à la crise sanitaire, aux mesures en réponse à l'inflation et à la dynamique de l'activité, malgré les mesures de régulation. Hors covid 19, les dépenses du champ de l'Ondam ont augmenté de 6,3 % par rapport à 2021. In fine, la LFSS pour 2023 n'a pu qu'entériner le dépassement de la prévision initiale 2022 hors covid.

Pour 2023, le montant de l'Ondam a été fixé à 244,8 Md€ par la LFRSS du 14 avril 2023, en baisse par rapport au réalisé 2022. Hors covid 19, l'Ondam pour 2023 s'établit à 243,8 Md€, en hausse de 3,8 %. Cette augmentation est inférieure à l'inflation, ce qui implique un effort financier inédit.

Ce chapitre analyse les dépassements de l'Ondam 2022 et l'absence de mesures de régulation des dépenses (I). Après la crise sanitaire, la réaffirmation de l'Ondam comme outil de pilotage des dépenses d'assurance maladie appelle la mise en œuvre de mesures volontaristes d'efficience (II).

⁷² Cour des comptes, *Les dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019 : des progrès dans la maîtrise globale des dépenses, des réformes à intensifier*, Ralfss 2020, chapitre II.

⁷³ Selon le premier constat provisoire de la direction de la sécurité sociale (DSS), début avril 2023.

Les dépenses relevant de l'Ondam

L'Ondam est voté chaque année par le Parlement en loi de financement de la sécurité sociale et vise à encadrer l'évolution des dépenses publiques de santé. Il est conçu comme un objectif à ne pas dépasser, sans constituer un plafond au sens strict.

Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie adresse une notification au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales maladie en cas de risque de dépassement de l'Ondam supérieur à 0,5 %, pour que puissent être adoptées des mesures de redressement.

L'Ondam intègre les prestations légales en nature d'assurance maladie et d'accident du travail, les dotations aux établissements de santé et médico-sociaux et les rémunérations forfaitaires des professionnels de santé. Il n'inclut pas les indemnités journalières maternité et paternité, les pensions d'invalidité, ni les rentes d'accidents du travail-maladies professionnelles.

Les dépenses sont diminuées par les remises versées par les entreprises pharmaceutiques sur les prix publics des médicaments en fonction des volumes vendus.

Les dépenses prises en compte sont celles nées au cours de l'exercice, réglées et provisionnées à l'arrêt des comptes au 15 mars de l'année n+1. Le constat provisoire intervient à cette date et le constat définitif en année n+2. L'Ondam relève d'une approche économique, et non comptable. Il est modifié après la clôture des comptes pour tenir compte des écarts sur les provisions et les remises pharmaceutiques.

Six sous-objectifs le structurent : soins de ville, établissements de santé, établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées, établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap, fonds d'intervention régional (FIR) et soutien national à l'investissement, autres prises en charge.

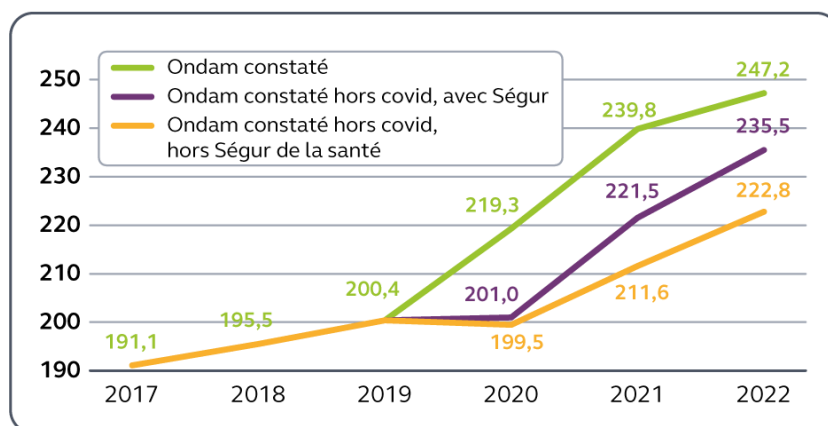
Les chiffres-clés de l'Ondam⁷⁴

- 247,2 Md€ de dépenses en 2022, dont 107,6 Md€ de soins de ville, 98,4 Md€ relatives aux établissements de santé et 28,2 Md€ aux établissements et services médico-sociaux.

En 2020 :

- 66,3 millions d'assurés ont bénéficié de prises en charge des régimes d'assurance maladie pour 168 Md€, dont 62 % pour des pathologies et traitements chroniques affectant 24 millions de personnes.
- 8,1 millions d'assurés en hospitalisation ponctuelle (33,4 Md€), 5,8 millions atteints de maladies cardio-neurovasculaires (17,8 Md€) et 3,3 millions de cancers (21,2 Md€).

**Graphique n° 6 : évolution de l'Ondam à périmètre courant*
(en Md€)**



* Les dépenses d'Ondam hors covid, avec Ségur de la santé sont calculées à partir des surcoûts covid bruts. L'annexe « Ondam et dépenses de santé » du PLFSS retient les surcoûts covid nets pour 2020 en prenant en compte la moindre activité sur les soins de ville et la hausse exceptionnelle de la contribution des organismes complémentaires, soit un montant de 207,2 Md€. Source : Cour des comptes d'après les informations communiquées par la DSS

⁷⁴ Ondam et dépenses de santé, PLFSS 2023 (annexe 5).

I - Des dépassements de l'Ondam en 2022 qui fragilisent son rôle d'outil de régulation

L'exécution 2022 de l'Ondam s'est caractérisée par des dépenses liées à la crise sanitaire supérieures au montant provisionné, par une forte dynamique des dépenses de santé et par des mesures en réponse à l'inflation. Malgré des mesures de régulation, l'Ondam voté en LFSS pour 2022 s'est trouvé largement dépassé, y compris pour des dépenses « hors covid 19 ».

A - Un fort dépassement de l'Ondam en 2022

1 - Un dépassement des dépenses prévues, qu'elles soient liées ou non à la crise sanitaire

Selon le premier constat provisoire de la direction de la sécurité sociale (DSS)⁷⁵, les dépenses relevant de l'Ondam se sont établies à 247,2 Md€ en 2022, contre un objectif initial en LFSS pour 2022 de 236,8 Md€, soit un dépassement de 4,4 % (10,4 Md€). Ce dépassement résulte du cumul de dépenses supplémentaires de différentes natures.

Tout d'abord, il s'agit de dépenses « covid » non provisionnées à hauteur de 6,8 Md€. Les dépenses constatées (11,7 Md€) ont été plus de deux fois supérieures à la provision initiale (4,9 Md€).

Par la suite, des mesures compensatoires de l'inflation, pour un total de 2,7 Md€, ont été décidées en cours d'exercice par le Gouvernement, parmi lesquelles la revalorisation du point d'indice de la fonction publique et de l'équivalent pour les personnels des établissements privés (1,5 Md€), une compensation aux établissements de santé et médico-sociaux des hausses de charges de fonctionnement suscitées par l'inflation (énergie, restauration, produits médicaux (0,8 Md€), l'impact sur le coût moyen des indemnités journalières des hausses du SMIC et du SMPT (0,3 Md€) et l'impact des hausses tarifaires des transports sanitaires à la suite de la hausse des prix du carburant (0,1 Md€).

Le Gouvernement a aussi décidé des mesures d'urgence pour faire face à la crise d'attractivité dans les établissements de santé, notamment de majoration des heures supplémentaires et du temps de travail additionnel, ainsi que de sur-majoration des horaires de nuit et de garde des fonctionnaires et agents contractuels de droit public relevant de la fonction publique hospitalière (0,7 Md€).

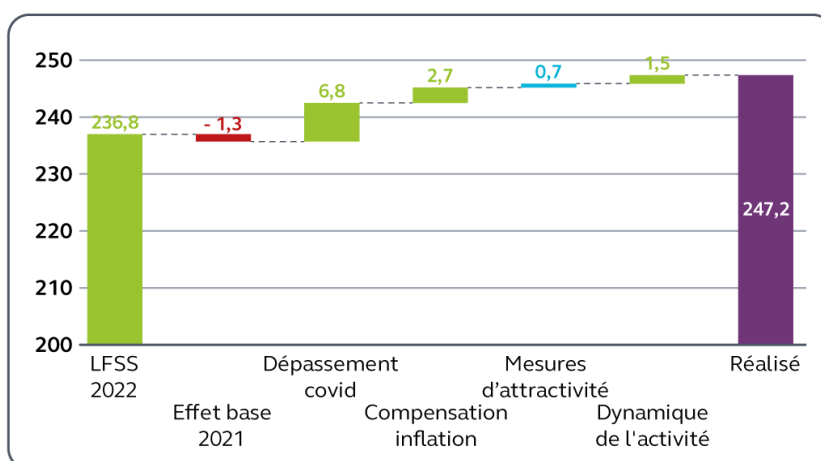
⁷⁵ Données provisoires de la DSS pour le comité d'alerte de l'Ondam du 5 avril 2023, en attendant l'Ondam définitif constaté en année n+2 pour tenir compte des dépenses de soins rattachées à l'exercice et des remises de produits de santé.

Enfin, la dynamique d'activité a conduit à des dépenses non prévues de 1,5 Md€, notamment de produits de santé et d'indemnités journalières.

Cette dynamique d'activité a été absorbée en majeure partie par un « effet de base » dont bénéficie la construction de l'Ondam 2022 et pouvant être estimé à 1,3 Md€. Il s'agit de l'écart entre les dépenses réelles 2021 hors covid (221,5 Md€) et l'estimation qui en avait été faite lors de la construction de l'Ondam 2022 (222,8 Md€)⁷⁶. Cette moindre dépense est le résultat d'une évolution moins dynamique que prévu des honoraires médicaux, dentaires et paramédicaux et d'un montant plus élevé que prévu des remises des entreprises pharmaceutiques.

Les dépenses hors covid ont finalement atteint 235,5 Md€, soit un dépassement de 3,6 Md€ par rapport à la prévision initiale en LFSS pour 2022 (231,9 Md€).

Graphique n° 7 : évolution des dépenses d'Ondam en 2022 (en Md€)



Source : Cour des comptes d'après les informations communiquées par la DSS

⁷⁶ La construction de l'Ondam 2022 a reposé sur l'Ondam 2021 rectifié en LFSS pour 2022 (238,8 Md€), avec un débasage des dépenses covid (non prises en compte dans le socle de dépenses 2022) de 16 Md€, soit 222,8 Md€. Les dépenses covid ont été finalement supérieures de 2,3 Md€ à cette estimation et les dépenses hors covid de 1 Md€. Il en résulte un effet de base favorable dans le socle 2022 de 1,3 Md€.

Méthode de construction du tendancier de l'Ondam

Le tendancier de l'année n+1 repose sur :

- l'estimation par sous-objectif d'une « base » de dépenses, en prenant en compte les dépenses de l'année n-1 et des premiers mois de l'année n, ainsi qu'une projection des dépenses sur le reste de l'année n. Ce dernier volet introduit un risque d'écart entre prévision et réalisation qui peut conduire à majorer ou à minorer la base de référence pour l'estimation des dépenses en année n+1 (« effet de base ») ;
- la soustraction de l'estimation des dépenses ponctuelles en année n qui n'ont pas vocation à être reconduites, comme les dépenses liées à la crise sanitaire. Cette estimation comporte aussi un risque d'effet de base ;
- l'impact par sous-objectif des mesures présentant un caractère d'automatisme (inflation, GVT, évolution de l'activité des établissements de santé et médico-sociaux, notamment).

Les déterminants de l'évolution des dépenses (démographie, morbidité, progrès technique) sont réputés être intégrés dans la base.

À la suite des observations du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)⁷⁷, la méthode d'élaboration du tendancier a été revue en 2022 pour y intégrer les économies attendues de la maîtrise médicalisée des dépenses et de la lutte contre la fraude, alors qu'elles étaient jusque-là présentées de manière distincte.

Au tendancier, s'ajoutent l'extension en année pleine des mesures prises antérieurement, les mesures nouvelles et les mesures d'économie.

2 - Une absence de maîtrise de l'évolution des dépenses hors covid en 2022

Les dépassements de l'Ondam 2022 hors covid sont intervenus alors même que la contrainte de sa construction avait été desserrée.

D'une part, l'Ondam 2022 a été construit sur une hypothèse d'évolution des dépenses de 2,7 %⁷⁸, hors Ségur de la santé et crise sanitaire. Cette trajectoire devait permettre notamment de financer les dépenses supplémentaires spécifiques de produits de santé⁷⁹. Elle reposait sur l'hypothèse d'une circulation maîtrisée de l'épidémie de covid 19 et

⁷⁷ Avis du HCAAM sur la régulation du système de santé du 22 avril 2021.

⁷⁸ Y compris le mécanisme de remise sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques.

⁷⁹ Décidées dans le cadre du plan Innovation santé 2030, à la suite du 9^{ème} Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) couvrant la période 2022-2024.

d'un retour à une dynamique d'activité des différents acteurs de soins comparable aux années d'avant la crise sanitaire.

D'autre part, les mesures d'économie destinées à assurer le respect de l'Ondam ont été ramenées de 4 Md€ dans l'Ondam 2021 à 2,4 Md€ dans l'Ondam 2022⁸⁰. Cette diminution correspond notamment à l'abandon des mesures d'efficience sur les établissements de santé dans le contexte de la crise sanitaire.

En cours d'exercice 2022, les mesures de régulation des dépenses d'Ondam ont porté sur les dotations des établissements et services médico-sociaux, dont la mise en réserve (115 M€) n'a pas été levée, et sur les dépenses du sous-objectif « Autres prises en charge ».

Des dépenses nouvelles engagées en 2022, en conséquence notamment de la hausse du point d'indice et de la compensation de l'inflation, n'ont pas fait l'objet d'une loi de financement rectificative, en dépit de l'ampleur des dépassements. Elles ont finalement été entérinées par une modification de l'Ondam (247 Md€) dans la partie rectificative pour 2022 de la LFSS pour 2023.

L'Ondam ainsi rectifié a été encore dépassé de 0,2 Md€ pour atteindre 247,2 Md€, notamment du fait de dépassements des dépenses de soins de ville (+ 0,6 Md€) et des établissements de santé (0,2 Md€) et malgré de moindres dépenses des établissements médico-sociaux (- 0,2 Md€) et des autres prises en charge (- 0,2 Md€).

Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie a signalé, le 30 mai 2022, le risque de dépassement de l'Ondam en raison de la crise sanitaire mais aussi de la dynamique de certaines dépenses. Dans son avis du 14 octobre 2022, il a pris note du dépassement de l'Ondam hors covid, conséquence des mesures décidées par le Gouvernement pendant l'été mais aussi de la dynamique d'activité.

⁸⁰ À compter de 2022, les estimations d'économies issues de la maîtrise médicalisée des dépenses et de la lutte contre la fraude sont intégrées dans le tendancier.

Le rôle du comité d'alerte

Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie⁸¹ rend trois avis publics par an, l'un relatif aux anticipations de réalisation de l'Ondam de l'année précédente (au 15 avril), les deux autres sur le respect de l'Ondam de l'exercice en cours (au 15 juin et au 15 octobre) et sur la construction de l'Ondam de l'année à venir (15 octobre).

Le comité d'alerte notifie tout risque de dépassement de l'Ondam d'au moins 0,5 % au Parlement, au Gouvernement et au directeur général de l'union nationale des caisses nationales d'assurance maladie (Uncam), directeur général de la Cnam. Ce dernier doit alors proposer, dans un délai d'un mois, des mesures de redressement.

Dans le contexte de crise sanitaire, la LFSS pour 2021 a suspendu ce mécanisme. Les LFSS pour 2022 et pour 2023 l'ont rétabli en cas de dépassement pour des raisons indépendantes de la crise sanitaire.

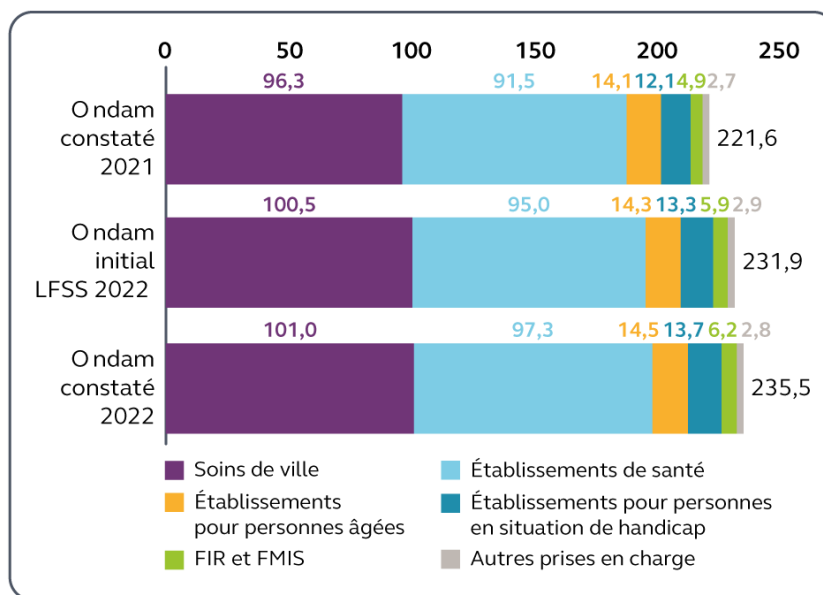
B - Des augmentations de dépenses d'Ondam hors covid en 2022 affectant spécifiquement les produits de santé et les indemnités journalières

L'Ondam hors covid a augmenté de 6,3 % (14 Md€) en 2022 par rapport à 2021, à périmètre courant⁸² et de 5,3 % hors covid et hors Ségur de la santé. Un tel rythme d'augmentation contraste avec la période d'immédiat avant crise (2,3 % en moyenne par an entre 2017 et 2019).

⁸¹ Le comité est composé du secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS), du directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques et d'une personnalité qualifiée nommée par le président du Conseil économique, social et environnemental.

⁸² Et de 6 % (13,4 Md€) à périmètre constant.

Graphique n° 8 : exécution 2022 de l'Ondam hors covid par sous-objectifs comparée à la LFSS et à l'exécution 2021 (en Md€)



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

1 - Une enveloppe « soins de ville » dynamique, tirée par les indemnités journalières et les honoraires de médecins spécialistes

Les dépenses de soins de ville ont augmenté de 2,4 % et en hausse encore plus soutenue de 4,9 % hors covid par rapport à 2021.

Tableau n° 16 : exécution 2022 des soins de ville (en Md€)

En Md€	Réalisé 2022 provisoire	Réalisé 2021 définitif	Écart 2022 / 2021	
Honoraires médicaux et dentaires	27,3	26,2	1,1	4,1 %
dont médecins généralistes	6,3	6,2	0,2	2,5 %
dont médecins spécialistes	13,9	13,4	0,5	3,6 %
dont chirurgiens-dentistes	4,6	4,4	0,2	3,5 %
dont contrats*	2,1	1,8	0,3	14,4 %
Honoraires paramédicaux	15,1	14,9	0,2	1,4 %
dont infirmiers	9,5	9,4	0,1	0,6 %
dont masseurs-kinésithérapeutes	4,6	4,5	0,1	2,5 %
Biologie	5,5	7,5	- 2,0	- 26,4 %
Transports sanitaires	5,5	5,2	0,4	7,4 %
Indemnités journalières	16,8	14,8	2,0	13,7 %
<i>dont IJ de droit commun</i>	<i>15,0</i>	<i>13,9</i>	<i>1,1</i>	<i>7,9 %</i>
Vaccinations	0,4	1,3	- 0,9	- 67,1 %
Prise en charge cotisations	2,8	2,5	0,3	10,4 %
Hors prestations	0,1	- 0,4	0,5	- 115,6 %
Autres dépenses	0,3	0,3	0,1	35,6 %
Total ville hors produits de santé	73,8	72,2	1,7	2,3 %
Médicaments (et rétrocessions hospitalières)	28,2	26,3	2,0	7,4 %
Tests, masques	1,9	2,1	- 0,2	- 7,2 %
Remises et contributions conventionnelles	- 4,7	- 3,5	- 1,2	33,4 %
Dispositifs médicaux	8,3	8,0	0,2	3,1 %
Total produits de santé	33,8	32,9	0,9	2,7 %
Total soins de ville	107,6	105,0	2,6	2,4 %

* Forfait patientèle médecin traitant, rémunération sur objectifs de santé publique, autres contrats.
Source : Cour des comptes d'après les informations de la direction de la sécurité sociale

a) Une forte hausse des dépenses d'indemnités journalières hors covid

Les indemnités journalières (IJ) hors covid (15 Md€) constituent le poste de dépenses le plus dynamique de l'enveloppe soins de ville par rapport à 2021 (1,1 Md€, + 7,9 %). Le PLFSS pour 2022 prévoyait une évolution des IJ de + 4,5 %, dont 1% au titre des effets prix et le solde au titre de l'effet volume.

L'effet prix, dont l'estimation demeure complexe, s'est finalement montré plus dynamique. Le prix moyen des IJ a augmenté de 3,5 % en 2022,

contre 0,5 % en 2021 et de l'ordre de 1,1 % sur la période 2016-2019. L'ampleur de l'effet prix résulte notamment de l'augmentation des salaires prise en compte dont la hausse réglementaire du Smic depuis octobre 2021 (deux points de croissance du montant des dépenses⁸³).

De plus, l'entrée en vigueur d'indemnités journalières pour maladie pour les professions libérales à compter du 1^{er} juillet 2021 représente 0,7 point d'augmentation.

b) Des dépenses d'honoraires une nouvelle fois dynamiques

Les honoraires médicaux et dentaires (27,3 Md€) ont nettement progressé par rapport à 2021 (1,1 Md€, + 4,1 %) avec des effets volume supérieurs à la situation d'avant-crise. Les plus fortes hausses concernent les spécialistes (0,5 Md€, + 3,6 %). L'augmentation des dépenses relatives aux honoraires des dentistes (0,2 Md€, + 3,5 %) traduit la poursuite de la reprise de l'activité après les renoncements aux soins de l'année 2020, ainsi que les hausses tarifaires prévues par l'avenant 3 à la convention du 7 février 2020. L'évolution des dépenses d'honoraires des médecins généralistes reste plus modérée (0,2 Md€, + 2,5 %). Les dépenses relatives au forfait patientèle des médecins traitants et à la rémunération sur objectifs de santé publique sont les plus dynamiques, à hauteur de 14,4 % (+ 0,3 %).

Les dépenses relatives aux honoraires paramédicaux ont connu une augmentation limitée (+ 1,4 %), en très net ralentissement après la forte hausse en 2021 (+12 %). Les dépenses relatives aux honoraires de masso-kinésithérapie sont restées modérées (+ 2,5 %, après + 21 % en 2021), tandis que celles de soins infirmiers ont stagné (+ 0,4 %, après + 7,6 % en 2021).

Déjà très dynamiques en 2021 (+ 20 %), les dépenses de transports sanitaires augmentent encore très fortement (+ 7,4 %), sous le double effet des revalorisations conventionnelles et d'une hausse des tarifs (+ 4,5 %) des taxis sanitaires, suscitée par celle des prix des carburants (cf. *supra*).

Seules les dépenses « covid » ont diminué, en particulier celles de biologie médicale qui ont chuté de 26,4 % (5,5 Md€, soit - 2 Md€), sous l'effet de la baisse du nombre de tests de vaccination, se rapprochant ainsi du montant de dépenses de 2020 (5,3 Md€).

⁸³ Revalorisations de la valeur du Smic au 1^{er} mai (+ 2,65 %) et au 1^{er} août (+ 2,01 %).

2 - Une hausse des charges des établissements de santé, liée notamment aux revalorisations salariales

Sur la période 2010-2019, les dépenses des établissements de santé ont connu une évolution annuelle moyenne de 2 %, inférieure à celle de l'Ondam global (+ 2,3 %). Certaines années, l'écart a notamment pu compenser le dépassement constaté sur les soins de ville⁸⁴.

Entre 2020 et 2022, les dépenses hors « covid » ont augmenté de 13,8 % (+ 12,6 Md€). D'une part, la construction du sous-objectif a reposé sur l'application du protocole pluriannuel conclu en février 2020 entre le ministère de la Santé et les fédérations nationales représentant les établissements de santé, afin d'assurer une visibilité sur leurs ressources, et garantissant une hausse annuelle minimale de 2,4 %, quelle que soit l'évolution de l'activité⁸⁵. D'autre part, cette hausse intègre les mesures de revalorisation salariales au titre du Ségur de la santé et de l'augmentation du point d'indice dans la fonction publique.

En 2022, les dépenses des établissements de santé (98,4 Md€) ont progressé de 2,9 %, mais surtout de 6,3 % hors covid en particulier sous l'effet des mesures de revalorisation salariale.

Les revalorisations salariales des personnels de santé et médico-sociaux

Dans le cadre du Ségur de la santé, des mesures de revalorisation salariale ont été décidées pour un total de 10,3 Md€ en année pleine en 2022, dont 7,2 Md€ pour les personnels des établissements de santé publics et privés et 3,1 Md€ pour ceux des établissements médico-sociaux. Il s'agit d'une dotation estimative inscrite en LFSS, qui a été intégrée aux tarifs et aux dotations des établissements. Des établissements publics de santé rencontrés par la Cour ont estimé que la compensation des revalorisations salariales du Ségur de la santé était insuffisante pour la part intégrée à la tarification à l'activité.

La revalorisation du point d'indice des fonctionnaires (3,5 % à compter du 1^{er} juillet 2022) et son équivalent pour les personnels des établissements privés à but non lucratif a représenté 1,5 Md€ de dépenses supplémentaires en 2022 et coûtera 2,9 Md€ en année pleine 2023.

⁸⁴ Cour des comptes, « *Les dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019 : des progrès dans la maîtrise globale des dépenses, des réformes à intensifier* », Ralfss 2020.

⁸⁵ Le « *protocole d'accord entre l'État et les fédérations d'établissements de santé sur l'évolution des ressources des établissements de santé pour 2020 à 2022* » a été signé le 6 février 2020. Il prévoyait une progression de l'Ondam relatif aux établissements de santé de 2,4 % par an pour la période 2020-2022.

En outre, la hausse des dépenses des établissements de santé en 2022 est aussi liée à une dynamique soutenue des dépenses relatives aux produits de santé de la liste en sus⁸⁶ (6,3 Md€ en net des remises et de la clause de sauvegarde, soit + 6,8 %) ⁸⁷.

En revanche, l'évolution de la part tarifaire des recettes des établissements de santé (55 Md€) révèle la persistance d'une faible activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). L'activité hospitalière reste en 2022 inférieure de 4 % à son niveau de 2019 et recule même de 0,3 % par rapport à 2021. Elle demeure ainsi en-deçà de sa tendance d'avant-crise, qui avait elle-même fléchi entre 2017 et 2019.

Cette baisse d'activité globale ne s'est pas traduite pour l'Ondam par des économies. En effet, en 2022, comme les deux années précédentes, les établissements de santé ont bénéficié d'une garantie de financement. Selon des données provisoires de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), le coût de cette garantie dépasserait nettement en 2022 (2,8 Md€) celui de 2021 (1,9 Md€) et serait supérieur à celui de 2020 (2,5 Md€).

3 - Une augmentation des dépenses de produits de santé, malgré les dispositifs conventionnels

Les produits de santé sont constitués des produits pharmaceutiques et de dispositifs (dispositifs médicaux, dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*, et autres produits et objets). Ces dépenses relèvent des sous-objectifs « soins de ville » et « établissements de santé ». La dépense de produits de santé peut s'apprécier en ville par l'activité des officines pharmaceutiques. Les établissements de santé sont aussi à l'origine de ce type de dépenses dans le cadre des rétrocessions hospitalières⁸⁸ et de la liste en sus.

Les dépenses brutes de produits de santé en ville et au titre des établissements de santé, hors covid, se sont élevées à 45,7 Md€ en 2022, en augmentation de 8,2 %, après 8,8 % en 2021. La hausse en 2022 s'est répartie entre les dépenses de médicaments (35,2 Md€, + 3,1 Md€) et des dispositifs médicaux (10,5 Md€, + 0,4 Md€).

⁸⁶ Au sein des établissements de santé, la « liste en sus » permet la prise en charge par l'assurance maladie de spécialités pharmaceutiques, pour certaines de leurs indications thérapeutiques, en sus des tarifs d'hospitalisation, lorsque ces indications présentent un caractère innovant. Cette liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et précise les seules indications concernées.

⁸⁷ Ces dépenses de produits de santé ne sont pas financées par les recettes liées à l'activité des établissements, mais par une dotation spécifique de l'assurance maladie.

⁸⁸ La rétrocession correspond à la dispensation de médicaments par les pharmacies hospitalières aux patients non hospitalisés, par dérogation ou en complément du circuit habituel des pharmacies de ville. Les médicaments rétrocédés aux assurés sociaux sont remboursés aux établissements de santé sur le fondement de leur prix de cession au public.

Deux catégories de recettes viennent en atténuation des dépenses brutes de produits de santé. Il s'agit des produits de remises conventionnelles des entreprises pharmaceutiques⁸⁹ et de l'application de la clause de sauvegarde⁹⁰.

Les dépenses nettes se sont ainsi établies à 38,1 Md€ en 2022, en hausse de 4 %, alors que la construction de l'Ondam 2022 reposait sur une hausse des dépenses nettes de produits de santé de 2,7 %. L'engagement pris par le Gouvernement dans le cadre du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) prévoit une hausse moyenne de ces dépenses de 2,4 % par an entre 2022 et 2024⁹¹.

La hausse nette des dépenses de produits de santé s'est concentrée sur les produits de santé de ville (+ 1 Md€ soit + 3,4 %) en raison notamment de la mise sur le marché de traitements innovants contre la mucoviscidose, certains cancers, l'amylose cardiaque et l'hémophilie. Le recours à des traitements tels que les antidiabétiques a participé à l'augmentation de la dépense ainsi que le déploiement de campagne de vaccination pour la prévention de cancer du col de l'utérus et des infections invasives à méningocoque.

Les dépenses nettes des établissements de santé au titre de la liste en sus ont augmenté de 0,4 Md€, soit 6,8 %.

L'application de la clause de sauvegarde en 2022

La LFSS de l'année fixe un montant M qui correspond à un objectif de chiffre d'affaires net des remises hors avoirs des médicaments remboursables. Si ce montant est dépassé, des contributions sont dues par les entreprises pharmaceutiques (clause de sauvegarde).

La LFSS pour 2021 avait fixé ce montant à 24 Md€. La LFSS pour 2022 l'a relevé à 24,5 Md€. Le chiffre d'affaires brut des entreprises pharmaceutiques a progressé de 9,3 %. La progression du chiffre d'affaires net des remises (4,9 %), plus élevé que celle du montant M (2,1 %) a entraîné mécaniquement un accroissement du rendement de la clause de sauvegarde en 2022 par rapport à 2021.

⁸⁹ Il existe trois types de remises : les remises par agrégats (clauses de sauvegarde par classes pharmaco-thérapeutiques), les remises sur chiffre d'affaires lorsque celui-ci excède un certain seuil et les remises par produit (définies dans des clauses particulières des conventions, il s'agit d'engagements sur le volume de ventes, sur le respect d'une posologie moyenne ou sur le coût de traitement journalier).

⁹⁰ La clause de sauvegarde consiste dans le versement d'une contribution à l'assurance maladie par les laboratoires pharmaceutiques lorsque leur chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) réalisé en France au titre des spécialités remboursables a crû plus vite qu'un taux de progression défini en LFSS (LFSS pour 1999, article 31).

⁹¹ *Ondam et dépenses de santé*, PLFSS 2022, annexe 7.

In fine, malgré l'activation de la clause de sauvegarde et l'augmentation du montant des remises, les dépenses nettes de médicaments ont fortement augmenté, ce qui traduit une efficacité de ces dispositifs de maîtrise des dépenses moindre que par le passé.

4 - Des dépenses médico-sociales atténuées par une mise en réserve de crédits

Les deux sous-objectifs médico-sociaux couvrent respectivement les dépenses des établissements pour personnes âgées et celles des établissements pour personnes en situation de handicap. Comme le Fonds d'intervention régional (FIR), et à la différence des autres sous-objectifs de l'Ondam, les dépenses des sous-objectifs médico-sociaux s'inscrivent dans le cadre d'enveloppes fermées, sans régulation de prix sur les volumes. L'allocation territoriale des financements des établissements est effectuée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)⁹².

Les dépenses constatées se sont élevées à 28,2 Md€ en 2022 (+ 2 Md€ par rapport à 2021), dont 14,5 Md€ pour le secteur des personnes âgées et 13,7 Md€ pour celui des personnes en situation de handicap. Cette évolution recouvre notamment l'impact de la revalorisation du point d'indice de la fonction publique, la mesure de compensation de l'inflation sur les dépenses courantes ainsi que la revalorisation salariale des professionnels de la filière socio-éducative décidée en février 2022⁹³.

En revanche, les dépenses sont restées inférieures de 202 M€ à l'objectif rectifié pour 2022 en LFSS pour 2023. À l'inverse des enveloppes pour les établissements de santé, les mises en réserve (115 M€) n'ont pas fait l'objet d'un dégel. À cela s'ajoutent, pour les établissements accueillant des personnes en situation de handicap, les charges liées aux conventions internationales, qui ne sont pas comptabilisées dans les comptes de la branche autonomie.

⁹² Depuis la création en 2004 de la CNSA, les dépenses publiques de santé des établissements et services médicaux sociaux sont recensées dans l'objectif global de dépense (OGD). Depuis la création de la cinquième branche, le périmètre de l'OGD coïncide avec celui des deux sous-objectifs médico-sociaux de l'Ondam.

⁹³ Il s'agit d'une mesure équivalente à celle accordée aux personnels des établissements de santé (183 € nets/mois), dont l'impact est de 0,35 Md€ sous Ondam, sur un coût total de 0,72 Md€ en année pleine réparti entre l'État, la sécurité sociale et les départements.

5 - Des dépenses d'investissement liées au programme national de résilience et de relance dans le cadre du Ségur de la santé

Le cinquième sous-objectif regroupe des aides aux investissements des établissements de santé et médico-sociaux versées par le fonds d'intervention régional (FIR) et par le fonds de modernisation et d'investissement en santé (FMIS). Les dépenses ont atteint 6,4 Md€, soit un dépassement de 0,5 Md€ par rapport à la LFSS pour 2022.

Ce sous-objectif comprend les dépenses liées à la mise en œuvre du volet santé du programme national de relance et de résilience au sein du plan France Relance, soit 6 Md€ sur la période 2021-2025. Le plan est refinancé par l'Union européenne au titre de la facilité pour la reprise et la résilience⁹⁴. Il s'agit notamment d'aides aux investissements du quotidien des établissements pour améliorer rapidement les conditions d'accueil et de travail (rénovation de locaux, de matériel comme des chaufferies, notamment) et d'aides aux investissements numériques.

La mise en œuvre de ces crédits est retardée par les délais de programmation des investissements. Concernant les établissements médico-sociaux, l'enveloppe de 438 M€ pour les travaux immobiliers était consommée à hauteur de 66 % début 2023, selon les données de la CNSA.

6 - Des dépenses « covid » en baisse par rapport à 2021 quoique supérieures à l'estimation initiale

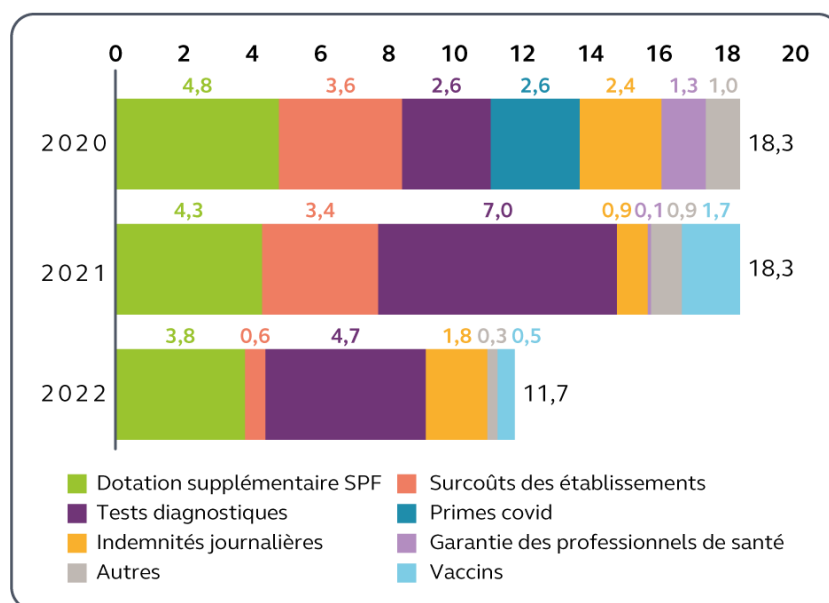
Bien que supérieures à l'estimation initiale (4,9 Md€), les dépenses « covid » (11,7 Md€) ont connu une forte baisse (- 36 %) par rapport aux deux années précédentes (18,3 Md€ en 2021 et autant en 2020), sous l'effet d'une atténuation progressive de l'épidémie. Cette baisse recouvre des évolutions contraires.

Plusieurs postes de dépenses ont diminué : les dépenses relatives à la couverture des surcoûts supportés par les établissements de santé (- 2,8 Md€) ; les dépenses relatives aux tests diagnostiques PCR et antigéniques (-2,3 Md€) et à la campagne vaccinale, dont le nombre d'injections a chuté de 124 millions en 2021 à 30,4 millions en 2022 (- 1,2 Md€) ; le montant de la dotation exceptionnelle à Santé publique France pour l'achat de vaccins et l'organisation de la campagne vaccinale (- 0,5 Md€).

⁹⁴ L'équivalent des recettes de la Facilité pour la reprise et la résilience de l'Union européenne est reversé par l'État à la sécurité sociale par l'intermédiaire de l'affectation d'une fraction de TVA en 2020, puis d'une dotation inscrite au budget de l'État à compter de la loi de finances rectificative du 1^{er} décembre 2022 et jusqu'en PLF 2026 (programme 379 – *Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et reversement des recettes de la Facilité pour la relance et la résilience européenne au titre du volet Ségur investissement du Plan national de relance et de résilience*).

En revanche, les indemnités journalières pour personnes malades de la covid 19 ou cas contact ou pour garde d'enfants ont fortement augmenté (+ 0,9 Md€, soit 50 %) en raison notamment du pic épidémique lié au variant Omicron en début d'année 2022.

Graphique n° 9 : dépenses relevant de l'Ondam liées à la crise sanitaire (en Md€)



Source : Cour des comptes d'après les informations communiquées par la DSS

II - Au sortir de la crise sanitaire, une trajectoire des dépenses de l'Ondam à infléchir de manière volontariste

Après la forte progression de l'Ondam depuis 2020, qui ne s'explique pas seulement par la crise et le Ségur de la santé, la contrainte financière se resserre. Ce constat appelle la recherche accrue d'efficacité des dépenses de santé visant à mieux maîtriser leur évolution.

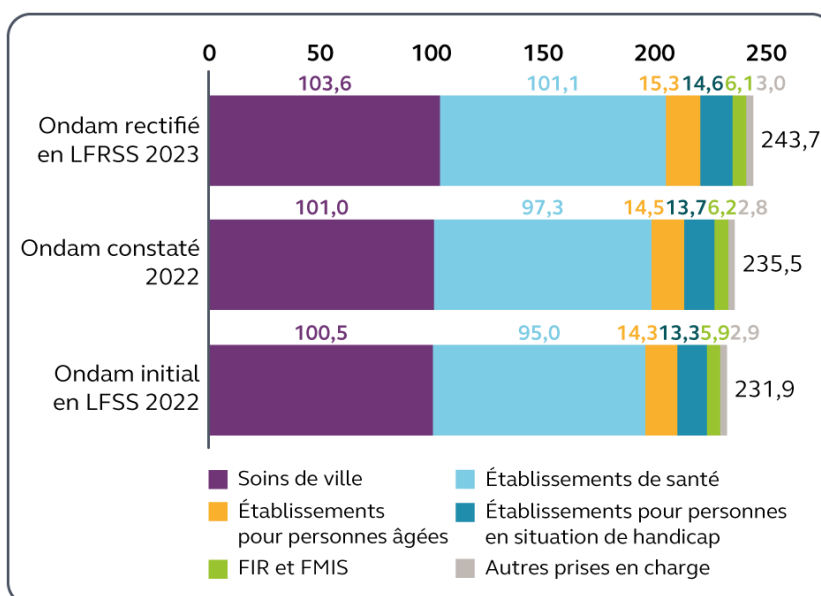
A - Des incertitudes sur l'exécution de l'Ondam en 2023

Le respect de l'Ondam en 2023 reste soumis à des aléas liés notamment à l'inflation, à la revalorisation du Smic de 2,2 % au 1^{er} mai (affectant les charges de personnel et les indemnités journalières) et au rythme d'évolution des dépenses des produits de santé.

1 - Un Ondam revu à la hausse en loi de financement rectificative de sécurité sociale pour 2023

Le montant de l'Ondam 2023, voté en LFSS, s'élevait à 244,1 Md€, dont 1 Md€ de provision au titre des dépenses liées à la crise sanitaire. Il a été revu à la hausse dès la LFSS rectificative du 14 avril 2023 à 244,8 Md€ (243,8 Md€ hors covid). L'objectif ainsi revu est en hausse de 3,8 % hors covid par rapport à la base 2022.

Graphique n° 10 : évolution de l'Ondam hors covid en 2023 (en Md€)



Source : Cour des comptes d'après les données de la DSS et de la LFRSS pour 2023

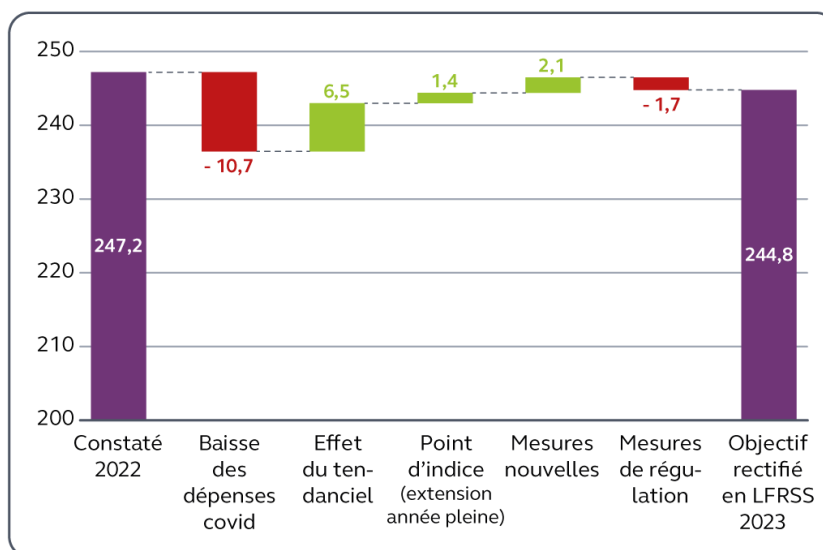
2 - Des mesures nouvelles visant à répondre à des besoins et à des attentes sectorielles

La construction de l'Ondam 2023 repose sur l'hypothèse d'une circulation devenue endémique de l'épidémie de covid 19 et d'un retour à une activité des différents acteurs de l'offre de soins comparable à celle des années antérieures à la crise. Elle n'intègre pas les effets éventuels de la réforme de la tarification à l'activité des établissements de santé, annoncée en janvier 2023 par le Président de la République et qui devrait intervenir à compter de 2024.

Les mesures nouvelles que recouvre l'Ondam 2023 sont principalement des mesures salariales supplémentaires, comme l'extension en année pleine de la revalorisation du point d'indice à mi-année 2022 (estimée à 1,4 Md€) et la dernière étape de la mise en œuvre des revalorisations au titre du Ségur de la santé (0,6 Md€). La LFSS rectificative a aussi intégré l'extension en année pleine de la majoration des horaires de garde de nuit et de week-end (0,6 Md€).

En outre, des dépenses nouvelles (2,1 Md€) ont été inscrites en prévision des négociations sur les revalorisations conventionnelles avec les médecins, les masseurs-kinésithérapeutes et les transporteurs sanitaires (0,7 Md€) ainsi que des besoins des établissements médico-sociaux (0,6 Md€) et des établissements de santé (0,5 Md€). La LFSS rectificative a aussi intégré une provision pour les dépenses supplémentaires sur les soins de ville (0,15 Md€).

Graphique n° 11 : évolution de l'Ondam voté en LFRSS pour 2023 par rapport à l'Ondam 2022 constaté (en Md€)



Source : Cour des comptes d'après les données de la DSS et de la LFSS pour 2023

a) Un Ondam 2023 déjà sous contrainte

Alors qu'en 2022, l'exécution de l'Ondam a bénéficié d'un effet de base favorable de 1,3 Md€, l'exécution de l'Ondam 2023 est en revanche pénalisée par un effet de base défavorable de 0,6 Md€. Il résulte

principalement d'une sur-exécution des dépenses de soins de ville en 2022, notamment due aux indemnités journalières⁹⁵.

En outre, la prévision d'augmentation des dépenses de produits de santé s'établit à 3,9 %, justifiée en PLFSS 2023 par les traitements contre la mucoviscidose, par la dynamique attendue des médicaments en primo-inscription et par la poursuite de la dynamique des dépenses des dispositifs médicaux. Au regard du rythme d'augmentation des dépenses des produits de santé des années précédentes, cette prévision paraît optimiste.

Par ailleurs, les estimations de mesures d'économie restent limitées. Les effets de la maîtrise médicalisée et de la lutte contre la fraude, intégrés au tendancier des dépenses, sont reconduits au même niveau que dans l'Ondam 2022 (- 0,9 Md€). Les économies pourraient être supérieures en exécution en intégrant la hausse des remises des industries pharmaceutiques en 2022 et l'augmentation de 44 % du rendement de la lutte contre la fraude en 2022 (316 M€). Ce dernier devrait encore augmenter en 2023, l'objectif de l'assurance maladie étant d'atteindre 500 M€ de préjudices financiers détectés en 2024.

b) Une provision covid résiduelle en 2023

La provision pour dépenses covid s'élève à 1 Md€ en 2023, contre une dépense constatée de 11,7 Md€ en 2022. Cette dotation repose sur une hypothèse de forte baisse du nombre de tests et de vaccinations, qui semble se confirmer au premier trimestre 2023. Le rythme des vaccinations au premier trimestre 2023 (1,8 million d'injections effectuées) est inférieur à l'hypothèse retenue pour la construction de l'Ondam (15 millions d'injections de vaccins sur l'ensemble de l'année). La baisse constatée du nombre de tests (370 000 par semaine fin mars 2023, contre 700 000 début 2023) est également en ligne avec la prévision de 250 000 tests par semaine en moyenne en 2023, selon une décroissance linéaire prévue de 1 million de tests par semaine début 2023 à 0 à partir de fin juin⁹⁶.

⁹⁵ La DSS analyse cet effet de base comme un écart entre le constaté 2022 et l'objectif 2022 rectifié en LFSS 2023 pour un total de 587 M€, dont 237 M€ sur les indemnités journalières et 111 M€ sur les honoraires privés des spécialistes et dentistes.

⁹⁶ La maîtrise des dépenses liées aux tests est confortée par deux modifications réglementaires qui n'étaient pas connues lorsque la provision covid de l'Ondam a été calculée. Il s'agit d'une baisse du tarif des tests PCR de 37,35 € fin 2022 à 30,46 € au 1^{er} février 2023 (-18 %) et de l'introduction d'un ticket modérateur sur les tests au 1^{er} mars 2023. Données fournies par la DSS.

La Cour avait identifié fin 2022 des restes à payer de Santé publique France de l'ordre de 500 M€⁹⁷. La DSS a indiqué à la Cour que cette provision en tenait compte pour les besoins liés à 2023.

B - Des réformes plus vigoureuses indispensables pour assurer le respect de l'Ondam

Le respect de l'Ondam 2023 et des années suivantes implique la mise en place de mesures plus ambitieuses de maîtrise médicalisée par les caisses d'assurance maladie. Le pilotage de la dépense de soins de ville nécessite des actions renforcées à l'égard des professionnels de santé mais également des assurés.

1 - Une progression de l'Ondam à un taux inférieur à celui de l'inflation

La trajectoire de l'Ondam annexée à la LFSSR pour 2023 fixe une progression hors covid de 3,8 %, mais qui reste inférieure de 0,5 point à l'inflation estimée en LFSS rectificative (4,3 % hors tabac). Une telle évolution en valeur constante représente une forte contrainte, même si l'inflation ne se répercute pas intégralement sur les dépenses de l'Ondam.

Cette évolution se poursuivrait en 2024 (progression inférieure de 0,2 point à l'inflation). En 2025 et 2026⁹⁸, si l'Ondam progresserait à nouveau à un rythme plus rapide que la hausse des prix, l'ampleur de cette progression serait bien plus faible (+ 0,6 à + 0,9 point) qu'avant la crise sanitaire (+ 1,6 point en 2019).

Après trois années de fortes hausses de l'Ondam, comportant des mesures au titre du Ségur de la santé et des mesures complémentaires pour tenir compte du choc de l'inflation en 2022, l'enjeu est à présent de rechercher des économies d'efficacité du système de soins.

2 - Des marges d'efficacité du système de soins à mobiliser

La Cour identifie de manière récurrente les gisements d'efficacité et d'efficacité à mieux exploiter et à décliner, par secteur d'activité, par spécialité et par territoire. En 2022, la Cour a notamment traité du

⁹⁷ Voir Cour des comptes, *Santé publique France, des missions étendues, une stratégie à mieux définir*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, décembre 2022.

⁹⁸ Annexe de la LFRSS du 14 avril 2023.

conventionnement des professionnels de santé de ville, de l'imagerie médicale, de la radiothérapie, ainsi que de la réforme du 100 % santé⁹⁹.

Dans sa note d'analyse sur les enjeux structurels dans le domaine de la santé (2021)¹⁰⁰, la Cour invitait le Gouvernement et l'assurance maladie à mettre en œuvre des actions en réponse à la progression des dépenses de santé, liée notamment au vieillissement de la population et à l'expansion des pathologies chroniques. Elle appelait à des réformes des rémunérations pour réduire les rentes de situation, à une meilleure organisation des acteurs du système de santé en fonction d'objectifs d'accessibilité, de continuité, de qualité et de sécurité des soins et à un ralentissement de la hausse des dépenses les plus dynamiques.

À cette occasion, la Cour insistait notamment sur l'intérêt de développer plus vigoureusement les coordinations entre acteurs de santé, comme les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), de mieux organiser les soins de premier recours, d'étudier la possibilité d'un conventionnement sélectif des professionnels de santé en fonction de la densité géographique de certains territoires comme y sont déjà soumis les infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes, enfin de faire moins reposer les rémunérations des acteurs du système de santé sur le paiement à l'acte ou au séjour et davantage sur le versement de forfaits.

Les établissements de santé et médico-sociaux bénéficieront de 19 Md€ d'aides structurelles sur la période 2021-2029 au titre du Ségur de la santé. Seuls 6 Md€ de ces aides, provenant du plan national de relance et de résilience, sont intégrés à l'Ondam. Les financements apportés par la Cades¹⁰¹ restent quant à eux en dehors. Il s'agit pourtant d'aides aux établissements qui doivent contribuer à la recherche d'efficience : 6,5 Md€ pour rétablir leurs capacités financières affectées par leur endettement et 6,5 Md€ pour investir dans de nouveaux bâtiments et installations techniques. Elles mériteraient d'être incluses dans le sous-objectif « *Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement* » restructuré en 2022 selon une approche consolidée des dépenses de santé et orientée vers l'appui à la réorganisation régionale de l'offre de soins.

⁹⁹ Les conventions entre les professionnels de santé de ville et l'assurance maladie : une contribution à l'efficience des dépenses à renforcer, L'imagerie médicale, des évolutions en cours, des évolutions encore nécessaires, La radiothérapie : une offre dynamique à mieux réguler (Ralfss 2022) et La réforme du 100 % santé, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, 2022.

¹⁰⁰ Cour des comptes, *Santé : garantir l'accès à des soins de qualité et résorber le déficit de l'assurance maladie*, Les enjeux structurels pour la France, décembre 2021.

¹⁰¹ Ce financement est prévu par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie et encadré par la LFSS pour 2021 (art. 50) et la LFSS pour 2022 (art. 6).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Si la crise sanitaire a conduit à des révisions importantes de l'Ondam au cours des derniers exercices, il convient désormais de renouer avec un pilotage strict de ces dépenses. La pratique de ratification des dépassements de l'Ondam en LFSS pour l'année suivante témoigne des limites des mesures de régulation infra-annuelles notamment en cas de choc externe. Le dispositif Ondam est ainsi devenu la cible de critiques du fait du décalage depuis trois ans entre la trajectoire des dépenses et la réalité de leur exécution.

La pertinence de l'Ondam comme instrument de suivi pluriannuel des dépenses de santé repose sur la capacité des pouvoirs publics à en maîtriser l'évolution sur le long terme.

Comme la Cour le rappelle régulièrement, des dispositifs plus efficaces d'encadrement des dépenses des différents secteurs de l'offre de soins sont indispensables. Ils reposent notamment sur des programmes pluriannuels visant notamment à une réorganisation de l'offre de soins, une refonte des modes de financement des professionnels de santé et un renforcement des actions de maîtrise médicalisée.

Dans cette perspective, la Cour formule les recommandations suivantes aux ministères chargés de la santé, de la sécurité sociale et des comptes publics (ministère de la santé et de la prévention, ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion) :

- 5. rétablir le seuil d'alerte en cas de risque de dépassement de l'Ondam de 0,5 % sans distinction entre dépenses covid et hors covid ;*
 - 6. réserver les provisions sur les établissements de santé et médico-sociaux aux dépenses imprévues, notamment aux charges additionnelles liées à l'inflation ;*
 - 7. dans une perspective pluriannuelle, poursuivre plus vigoureusement les réformes visant une meilleure efficacité des dépenses de l'Ondam, notamment en remédiant aux dépassements par des dispositifs de régulation couvrant l'ensemble des secteurs.*
-

Chapitre III

L'information du Parlement

sur la situation financière des hôpitaux :

des progrès nécessaires

PRÉSENTATION

Les hôpitaux, ou établissements de santé, sont constitués de plus de 800 établissements publics, de 500 établissements privés d'intérêt collectif (Espic) à caractère non lucratif, et de 1 000 cliniques privées à but lucratif. Ils ont reçu 96,6 Md€ de financements de l'assurance-maladie en 2021, qui ont constitué la majeure partie de leurs recettes d'activité (80 % pour les hôpitaux publics). Les versements à ces établissements ont représenté 40 % des dépenses de l'assurance-maladie en 2021, ce qui en fait le deuxième poste de dépenses après les soins de ville.

Or, la situation financière des hôpitaux, en particulier publics, demeure dégradée. Elle ne s'est que peu améliorée depuis le début de la crise sanitaire malgré la forte augmentation des versements de l'assurance-maladie (15,7 Md€ de plus estimés en 2022 par rapport à 2019, soit + 19 %). Ceux-ci ont permis de sécuriser les recettes, de couvrir les surcoûts liés à l'épidémie de covid 19 (« surcoûts covid ») et de financer les augmentations de rémunérations du personnel liées aux accords du « Ségur de la santé ».

La loi organique du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a prévu dans ce contexte de renforcer l'information du Parlement, en créant une nouvelle annexe aux projets annuels de loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), consacrée à la situation financière des établissements de santé. Une représentation précise de la situation financière des établissements de santé doit ainsi permettre au Parlement de disposer d'une meilleure compréhension des effets des lois de financement sur leurs recettes, leurs résultats, leurs investissements et leur endettement financier.

Pourtant, l'examen des éléments portés à la connaissance du Parlement dans le cadre du projet de LFSS pour 2023 n'apparaît pas d'une qualité suffisante. L'information fournie par le ministère chargé de la santé, issue de comptes arrêtés à une date tardive, donne des éléments parcellaires sur les déterminants en recettes et en dépenses de la formation des résultats, ainsi que sur l'incidence des investissements sur l'endettement.

Ce chapitre décrit les raisons pour lesquelles l'information communiquée au Parlement reste insuffisante (I), les voies et moyens pour améliorer les conditions de production de cette information (II) et les éléments plus complets et précis qui ont vocation à être communiqués au Parlement (III). Il ne constitue pas une analyse de la situation financière des hôpitaux, qui fera l'objet d'une publication particulière de la Cour dans les prochains mois.

Chiffres-clés sur les finances des hôpitaux publics en 2021¹⁰²

Les produits d'activité des hôpitaux publics qui relèvent de leur budget principal¹⁰³ ont atteint 72,1 Md€. Les recettes de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), tarifées en principe à l'activité (T2A), se sont élevées à 35,9 Md€, les dotations de financement au titre d'activités de soins à 16,5 Md€¹⁰⁴, les dotations de missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac)¹⁰⁵ attribuées par les agences régionales de santé (ARS) à 10,1 Md€, les actes et consultations externes et les recettes annexes¹⁰⁶ à celles de l'assurance maladie à 9,6 Md€. En outre, les ARS ont attribué 2,1 Md€ de dotations du fonds d'intervention régional (FIR).

Depuis 2013, les hôpitaux publics sont continûment déficitaires. Leur déficit global s'est réduit depuis 2020 et a atteint 368 M€ en 2021 sur leur budget principal (393 M€ en incluant leurs budgets annexes). Le taux de vétusté¹⁰⁷ des bâtiments et des équipements était de 52,9 %, en hausse de 4,7 points depuis 2018. L'encours de dette financière était stable à 31,2 Md€, soit 33,1 % des produits totaux, à mettre en regard d'une capacité d'autofinancement de 3,8 Md€. Les financements du « Ségur de la santé » au titre de la restauration des capacités financières des hôpitaux publics et des Espic, et des projets d'investissement hors numérique, qui bénéficient aussi, dans une mesure limitée, aux cliniques à but lucratif, s'élèvent à 15,5 Md€ au total (voir détail *infra*).

¹⁰² Éléments calculés par la Cour à partir des comptes enregistrés dans l'application informatique *Hélios* de la DGFIP.

¹⁰³ Hors budgets annexes : écoles d'infirmières, Ehpad rattachés, services mutualisés avec d'autres établissements (blanchisserie, restauration...), etc. Les produits d'activité du budget principal sont versés par les régimes d'assurance-maladie obligatoire, par les complémentaires santé et par les patients.

¹⁰⁴ Hôpitaux psychiatriques, soins de suite et de réadaptation, unités de soins de longue durée, forfaits annuels pour certaines activités spécifiques (greffes, urgences, qualité) et dotations aux hôpitaux de proximité.

¹⁰⁵ Les dotations « MIG » (4,5 Md€ en 2021) financent au premier euro des missions qui ne peuvent être financées à l'activité, telles que la recherche, l'enseignement ou la prévention. Les dotations « AC » (5,6 Md€ en 2021) ont pour principaux objets l'amélioration de l'offre, la restructuration des établissements, l'aide à l'investissement et en 2020 et 2021, la compensation de surcoûts et de la perte de recettes annexes imputables à l'épidémie de la covid-19.

¹⁰⁶ Ticket modérateur, forfait journalier hospitalier, prestations annexes aux patients.

¹⁰⁷ Rapport entre le montant amorti des immobilisations et leur valeur brute. Les taux de vétusté peuvent être calculés séparément pour les constructions et pour les équipements.

I - Une information du Parlement encore insuffisante

En dépit des dispositions de la loi organique du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, l'annexe 6 au PLFSS pour 2023 « *Situation financière des établissements de santé et des établissements médico-sociaux financés par les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale* » ne répond que partiellement à l'exigence de transparence accrue sur la situation financière des établissements de santé.

A - Une information précédemment limitée, qui devait être améliorée

1 - Un rapport annuel sur le financement des établissements de santé qui ne permettait pas d'apprécier leur situation financière

En application de l'article 61 de la LFSS pour 2012, le Gouvernement devait présenter chaque année au Parlement, en vue de l'examen du PLFSS, « *un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées* ».

Le dernier rapport, publié en 2021, présentait essentiellement les réformes appliquées depuis 2019 pour diversifier les modes de financement des hôpitaux¹⁰⁸, les financements exceptionnels accordés en lien avec la crise sanitaire¹⁰⁹ et ceux destinés à financer les revalorisations salariales du « Ségur de la santé », sans analyser les conditions de leur répartition entre les établissements.

S'agissant des dotations relatives aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), qui sont passées, pour les hôpitaux publics de 5,6 Md€ en 2019 à 9,8 Md€ en 2020 puis à 9,2 Md€ en 2021, le rapport précité détaillait les montants délégués en 2020 pour chaque

¹⁰⁸ Introduction progressive d'une tarification à la qualité, mise en place de forfaits pour les pathologies chroniques, réforme des modalités de financement des hôpitaux de proximité, des activités de psychiatrie, des urgences, des activités de soins de suite et réadaptation (SSR) et des unités de soins de longue durée (USLD).

¹⁰⁹ Garantie de financement, compensation des surcoûts et de la perte de recettes annexes et prime « covid » versée à une grande partie du personnel.

mission d'intérêt général et la répartition des enveloppes par ARS. En revanche, il ne fournissait aucune information sur les dotations d'aide à la contractualisation, alors même qu'elles ont servi à compenser les surcoûts liés à l'épidémie de covid 19¹¹⁰.

L'analyse de la situation financière portait sur les comptes de 2019, avant la crise sanitaire, et ne comptait que trois pages sur trente-quatre. Seule était présentée une première estimation des résultats comptables des hôpitaux publics pour 2020, à l'exclusion de ceux des Espic et cliniques à but lucratif. Le rapport se bornait à comparer, pour les hôpitaux publics, selon leur taille et leur statut, les résultats des années 2018 et 2019, sans apporter d'éclairage sur les raisons de leurs évolutions. Ainsi, il n'analysait pas les recettes liées ou non à l'activité, ni les principales dépenses (personnel, achats et intérêts liés à l'endettement).

Des informations succinctes étaient communiquées sur l'investissement et sur la dette financière des hôpitaux publics. La variation de l'investissement par rapport à 2018 était mentionnée, mais pas son montant, ni son intensité¹¹¹. L'encours de la dette financière et son poids rapporté aux produits étaient communiqués de manière globale, sans examen des dynamiques propres aux établissements surendettés.

2 - Un rapport annuel sur la situation financière des hôpitaux publics resté lettre morte

L'article 26 de la loi du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022 disposait : « le Gouvernement remet chaque année au Parlement, au plus tard le 15 octobre, un rapport sur la situation financière des établissements publics de santé pour le dernier exercice clos. Ce rapport fait état de l'évolution des charges et des produits par titre, de l'endettement et des dépenses d'investissement ».

Ces rapports annuels, qui devaient permettre d'apprécier les conditions de l'équilibre financier et la dynamique de l'endettement d'une catégorie particulière d'administration publique, n'ont pas été publiés, comme ceux antérieurement prévus par la loi de programmation 2013-2017.

¹¹⁰ Pour les hôpitaux publics, les AC sont passées de 1,3 Md€ en 2019 à 5,6 Md€ en 2021.

¹¹¹ Rapport entre le montant des investissements et le montant des produits.

B - Une nouvelle annexe au PLFSS qui n'apporte pas, à ce jour, de progrès notables

1 - Un objectif d'amélioration de l'information du Parlement par une nouvelle annexe aux projets de loi de financement

La loi organique du 14 mars 2022 relative aux LFSS a créé une nouvelle annexe, jointe au PLFSS annuel, qui présente la situation financière des établissements de santé et médico-sociaux. Elle se substitue aux deux rapports précités pour éclairer le Parlement au moment de l'examen du PLFSS sur « *les actions menées dans le champ du financement de ces établissements et leur bilan, y compris les dotations dont ils bénéficient et leur répartition par région et par établissement* », « *l'évolution prévisionnelle de la dette de ces établissements* » et « *les éventuels engagements pris par l'État relatifs à l'évolution pluriannuelle des ressources de ces établissements* ».

Ce document a pour finalité principale de présenter les conséquences de l'évolution des financements de l'assurance maladie sur les déficits et sur l'endettement des hôpitaux¹¹². Il ressort des débats parlementaires que sa création a été envisagée comme une solution alternative à l'intégration de leur dette financière dans le champ des LFSS¹¹³, qui a été rejetée. Le Sénat souhaitait aussi, par ce moyen, « *obtenir un suivi des mesures de « reprise de dette hospitalière » présentée tantôt comme un soutien à la solvabilité, tantôt comme un levier d'investissement courant* »¹¹⁴. Il a d'ailleurs obtenu en complément, par l'article 6 de la LFSS pour 2022, un engagement du Gouvernement à produire un nouveau rapport annuel d'information sur l'utilisation et la répartition des montants financés par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) pour l'investissement et le désendettement des établissements de santé.

¹¹² La création de l'annexe répond, selon des modalités différentes, à la recommandation que la Cour avait formulée dans son rapport sur l'application des LFSS pour 2018, d'intégrer à l'annexe du PLFSS relative à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), des indicateurs relatifs au résultat et à l'endettement constatés et prévisionnels.

¹¹³ Rapport de l'Assemblée nationale au nom de la commission spéciale, chargée notamment d'examiner les propositions de loi organique et de loi relatives aux LFSS, par M. Mesnier, rapporteur général, n° 4378 et 4379 du 15 juillet 2021.

¹¹⁴ Rapport du Sénat au nom de la commission des affaires sociales sur les propositions de loi organique et de loi relatives aux lois de financement de la sécurité sociale, par M. Vanlerenberghe, sénateur, n° 825 du 15 septembre 2021.

Le financement des hôpitaux par la Cades et par France Relance

La loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a élargi le périmètre des missions de la Cades à « *la couverture de dotations de la branche [maladie] couvrant une partie, qui ne peut excéder 13 milliards d'euros, des échéances des emprunts contractés au 31 décembre 2019 par les établissements de santé [publics et privés non lucratifs] relevant du service public hospitalier* ».

La LFSS pour 2021 a substitué à ces dispositions un objet plus large : « *un soutien exceptionnel, qui ne peut excéder 13 milliards d'euros, au titre du désendettement pour favoriser les investissements dans les établissements de santé assurant le service public hospitalier* ».

Une circulaire du Premier ministre du 10 mars 2021 a prévu que, entre 2021 et 2029, 6,5 Md€ seront consacrés à la restauration des capacités financières des hôpitaux publics et des Espic et 6,5 Md€ au financement de nouveaux projets d'investissements des hôpitaux publics et des Espic. Ces dépenses n'ont pas été intégrées à l'Ondam.

En outre, le plan France Relance a affecté 2,5 Md€ au financement des investissements des hôpitaux publics, des Espic et des cliniques entre 2021 et 2025, dont 1 Md€ pour les nouveaux projets et 1,5 Md€ pour les investissements courants. Ces dépenses, financées par l'Union européenne, sont intégrées à l'Ondam et doivent donner lieu à des modalités particulières de suivi visant à garantir qu'elles sont réalisées conformément à leur objet.

2 - Des données insuffisantes sur la formation des résultats

Sur un rapport porté de 34 à 61 pages, l'annexe 6 au PLFSS 2023 en consacre seulement six à la situation financière des hôpitaux, dont moins d'une pour les Espic et les cliniques à but lucratif.

L'annexe 6 se borne à mentionner le montant agrégé des résultats des hôpitaux publics (pour les années 2013 à 2020), la décomposition de ce montant par types d'établissements (Assistance publique-Hôpitaux de Paris, les autres centres hospitaliers universitaires et quatre catégories de centres hospitaliers en fonction du montant de leurs recettes) et le pourcentage d'hôpitaux déficitaires.

Ces indications portent uniquement sur le budget principal des hôpitaux publics. Une représentation de leurs résultats d'ensemble serait pourtant utile. Selon les éléments recueillis par la Cour, leurs comptes étaient déficitaires de 206 M€ en 2020 dans le périmètre de leurs budgets principaux, seuls présentés dans l'annexe. Ils étaient plus proches de l'équilibre dans celui de leurs budgets globaux intégrant également leurs budgets annexes (avec un déficit limité à 71 M€)¹¹⁵.

¹¹⁵ Pour 2021, le déficit des budgets globaux (393 M€) est en revanche voisin de celui des budgets principaux (368 M€).

L'annexe, en contradiction avec la loi organique qui prévoit qu'elle présente « *les dotations dont ils [les hôpitaux] bénéficient et leur répartition par région et par établissement* », ne fournit aucune information sur le montant des diverses dotations versées par l'assurance maladie ni sur les conditions de leur répartition entre les régions et les établissements.

Une information dans l'annexe communiquée au Parlement plus limitée que celle préparée par l'administration

Le projet initialement préparé par la DGOS incluait le détail par ARS des 32,9 Md€ de dotations allouées aux hôpitaux en 2021, dont 12,7 Md€ pour les Migac et 20,2 Md€ pour les dotations liées aux activités de soins. Il ne distinguait toutefois pas entre les hôpitaux publics, les Espic et les cliniques à but lucratif, ni ne mentionnait les dotations du FIR. Comme le précédent rapport sur le financement des établissements de santé, il indiquait les montants alloués au titre de chaque mission d'intérêt général (MIG), mais pas ceux des aides à la contractualisation (AC).

Les quelques éléments chiffrés ainsi préparés ont été retirés de la version finale de l'annexe. Celle-ci indique que « *le détail des montants délégués par les ARS des dotations 2021 pour chacune des MIG est présenté dans le chapitre III* », mais cette information n'y figure pas. La DSS et la DGOS n'ont pas répondu aux interrogations de la Cour sur les raisons pour lesquelles une grande partie des données chiffrées sur les dotations reçues par les établissements de santé mentionnées dans le projet initial de la DGOS a été supprimée de l'annexe publiée.

L'annexe ne permet toujours pas d'apprécier les relations entre les évolutions des résultats des établissements et de leurs principaux déterminants : nature et volume de l'activité, tarifs et montant des dotations non liées à l'activité pour les recettes ; charges de personnel, charges externes et charges d'intérêts pour les dépenses.

3 - Un lien non-explicité entre les choix d'investissements et l'évolution de l'encours de la dette financière

Dans l'annexe 6, l'analyse des investissements, conduite pour les seuls hôpitaux publics à la fin de 2020, fait apparaître leur montant pour les années 2010 à 2020, l'effort d'investissement exprimé en pourcentage des produits et le taux de vétusté des constructions et des équipements, exprimé en pourcentage de la valeur brute des immobilisations, sans que la notion de vétusté ne soit définie.

L'annexe mentionne aussi le montant de l'encours de l'endettement financier à fin 2019, 2020 et 2021, global et par type d'établissements. Alors que la loi organique prévoit expressément que l'annexe présente « *l'évolution prévisionnelle de la dette de ces établissements* », elle ne comporte aucune projection de cette nature.

La circulaire du Premier ministre du 10 mars 2021 (voir *supra*) demandait aux hôpitaux et aux ARS d'établir, pour octobre 2021, une stratégie régionale d'investissement pour les dix ans à venir. Ces stratégies auraient pu servir de support à un document prospectif d'analyse de l'effort d'investissement et de la dette. Dans le projet de l'annexe qu'elle avait initialement préparé, la DGOS écartait toutefois cette hypothèse au motif que « *l'exercice de projection [...] ne permet pas une analyse au niveau macro complète et fiable (exhaustivité et hypothèses de construction hétérogènes). Il ne s'agit donc pas d'un outil réellement prédictif* ».

L'annexe 6 ne fournit pas non plus d'indication sur l'incidence des financements du « Ségur de la santé » (Cades et France Relance) sur l'évolution des investissements et de l'endettement en 2021. Le rapport annuel spécifique prévu par la LFSS 2022 sur les conditions de versement et de répartition des financements procurés par la Cades n'a également pas été produit. En effet, la DGOS considère qu'elle ne disposait pas d'informations assez fiables sur les bilans 2021 pour conduire une telle analyse à l'été 2022, en raison des délais de production et de centralisation de l'information comptable sur les hôpitaux.

II - Des conditions de production de l'information sur les comptes à améliorer

L'annexe 6 au PLFSS 2023, publiée en octobre 2022, est centrée sur les comptes de l'exercice 2020. Les résultats de 2021 y sont présentés, uniquement pour les hôpitaux publics et avec des précautions méthodologiques importantes, comme étant « *en cours de consolidation* » et « *provisoires* »¹¹⁶, alors même que le PLFSS 2023 soumettait à l'approbation du Parlement les comptes de l'assurance maladie de 2021.

A - Un manque d'exhaustivité des informations comptables auquel il doit être remédié

1 - Des sources multiples qui fournissent des données incomplètes

Pour les hôpitaux publics, les informations financières proviennent de deux sources distinctes. D'une part, le circuit des comptes publics de la direction générale des finances publiques (DGFIP) produit mensuellement et en fin d'exercice les balances comptables dans une application informatique (*Hélios*), sauf pour l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) dotée de son propre système d'information. D'autre part, les directions financières des hôpitaux publics doivent déclarer leurs comptes annuellement sur une plateforme (*Ancre*) de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih).

Les données de l'Atih sont très incomplètes. Au 17 août 2022, seuls 79 % des établissements déclarants en 2020 avaient enregistré sur *Ancre* leurs données 2021. Les informations relatives à des établissements de grande taille, comme l'AP-HP et les CHU de Nice et de Guadeloupe faisaient défaut¹¹⁷. Les données de la DGFIP sont plus exhaustives, tout en demeurant incomplètes, surtout pour les établissements de petite taille. À la mi-août 2022, *Hélios* intégrait les comptes financiers définitifs 2021 de 84 % des hôpitaux publics, dont 97 % pour les CH de plus de 150 M€ de chiffre d'affaires et les CHU.

¹¹⁶ Selon l'encadré méthodologique, « *certaines éléments comptables ne sont pas finalisés et ne permettent pas de présenter des projections de résultats fiabilisées* ».

¹¹⁷ Manquaient également les données de trois CH de plus de 150 M€ de chiffre d'affaires, de 18 CH de 70 M€ à 150 M€, de 31 CH de 20 à 70 M€ et de 114 CH de moins de 20 M€.

Pour simplifier le travail des hôpitaux publics, l'Atih leur permet, depuis 2020, de récupérer les balances comptables d'*Hélios* par des fichiers d'import, ce qui leur évite de remplir *Ancre* manuellement. L'opération n'est toutefois pas automatique, les hôpitaux publics devant procéder à l'importation des données, et compléter ensuite les fichiers par des informations extra-comptables utiles à la DGOS, tels les types d'emprunts souscrits. L'Atih travaille à la mise en place d'un import direct des données d'*Hélios* dans ses bases, sans intervention des établissements, qui n'a pas encore abouti.

Ancre est la seule source d'information sur les comptes des Espic. La proportion d'Espic pour lesquels les données comptables de 2017 à 2020 étaient exploitables en 2022 était de 37,5 % (71 % pour les hôpitaux publics). L'information mise à la disposition de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la santé apparaît ainsi très incomplète.

Le dispositif *Ancre* n'a pas été transposé aux cliniques à but lucratif, qui n'ont pas d'obligation de transmettre leurs comptes à l'Atih. La Drees s'appuie sur les liasses fiscales transmises aux tribunaux de commerce. Les données ainsi rassemblées ne sont pas exhaustives mais, contrairement aux Espic, ce défaut d'exhaustivité est compensé par divers redressements.

2 - Des données à structurer de manière plus homogène

L'Atih et la Drees publient des analyses des données financières qu'elles ont rassemblées (voir encadré). La DGOS s'appuie sur ces analyses pour préparer les développements de l'annexe 6 consacrés aux Espic et aux cliniques à but lucratif. Ces publications, et donc leur synthèse dans l'annexe 6, manquent toutefois de fraîcheur car elles portent sur l'avant dernier exercice clos (exercice n-2).

Deux rapports sur la situation financière des établissements de santé, utilisés partiellement par l'annexe 6

À partir des informations qu'elle a centralisées, l'Atih analyse, en juillet n, les comptes financiers des hôpitaux publics et des Espic de l'année n-2 avec un détail analytique limité.

La Drees, dans son rapport sur les établissements de santé, produit des fiches de bonne qualité sur la situation financière de l'année n-2 des hôpitaux publics et des cliniques privées. Elle s'appuie, pour les hôpitaux publics, sur les données de la DGFIP et, pour les cliniques, sur celles qu'elle a collectées et redressées. Elle a renoncé en 2022 à publier une fiche sur les comptes 2020 des Espic, au regard de la qualité, jugée insuffisante, des données transmises par l'Atih.

Pour pouvoir présenter la situation financière des seuls hôpitaux publics de l'année n-1 dans l'annexe 6, la DGOS doit conduire sa propre analyse. Pour cela, elle a renoncé à utiliser les données d'*Ancre* pour les hôpitaux publics et privilégié celles d'*Hélios*, plus complètes¹¹⁸.

La pluralité de sources d'analyse et d'administrations qui centralisent les informations a conduit à des écarts de méthode qui doivent être corrigés. La Drees s'est ainsi rapprochée de la DGOS pour le calcul des indicateurs de performance économique et de l'Atih pour le calcul des soldes intermédiaires de gestion.

Afin de permettre de comparer la situation financière respective des trois catégories d'établissements de santé, il conviendrait que l'annexe 6 fournisse des indicateurs homogènes : conditions de la formation du résultat, intensité de l'investissement au regard de la vétusté des équipements, évolution de la capacité d'autofinancement et de la dette. En outre, l'endettement des Espic et des cliniques aurait vocation à être analysé selon une définition comparable à celle, réglementaire, applicable aux hôpitaux publics (voir *infra*). L'Atih calcule d'ores et déjà de tels indicateurs pour les Espic, mais ne les rend pas publics.

B - Un calendrier de production des comptes à avancer

1 - Des comptes produits tardivement

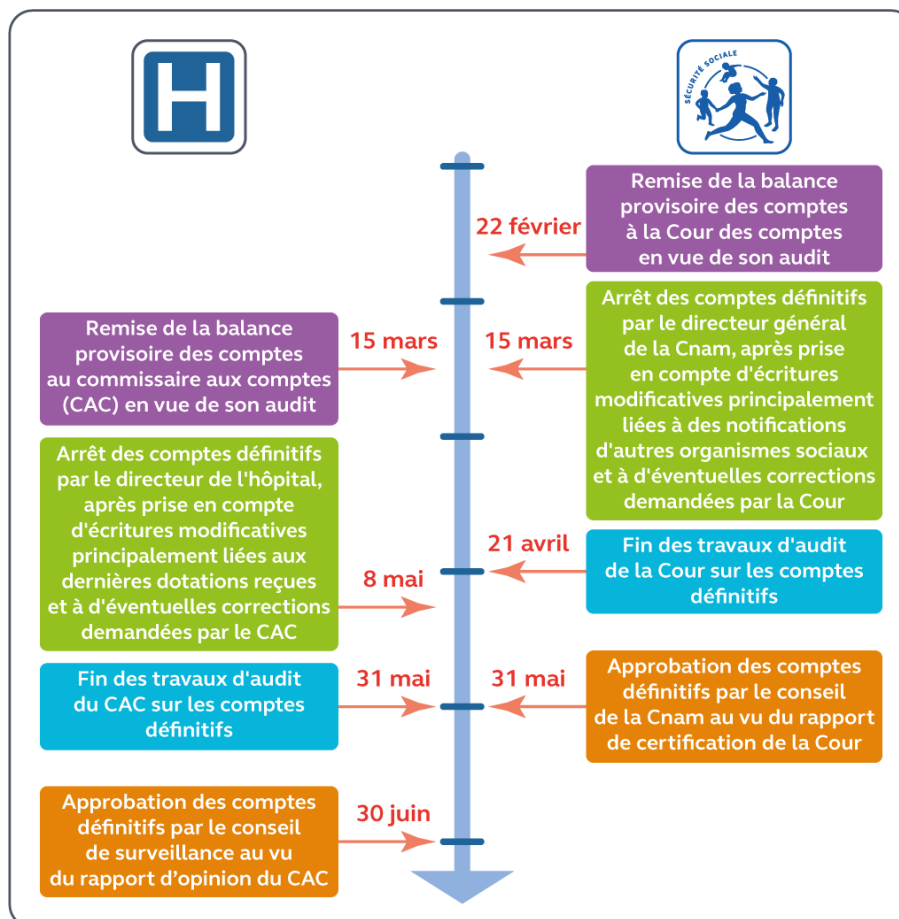
Le calendrier d'établissement des comptes des hôpitaux publics, notamment de ceux certifiés par un commissaire aux comptes (CAC)¹¹⁹, peut être rapproché de celui des branches du régime général de sécurité sociale, dont la Cour certifie les comptes¹²⁰.

¹¹⁸ La DGOS a structuré les comptes *Hélios* 2020 et 2021 des hôpitaux publics dans un « cube numérique », distinct de cette application, afin d'utiliser directement ces données.

¹¹⁹ Cette obligation s'applique aux établissements qui ont plus de 100 M€ de recettes (budget principal), soit 23 % des établissements représentant 79 % des recettes en 2021.

¹²⁰ Arrêté du 15 décembre 2014 en application du décret du 23 décembre 2013 pour les hôpitaux publics, arrêté du 24 décembre 2014 pour les organismes de sécurité sociale.

**Schéma n° 1 : délais comparés d'établissement des comptes
des hôpitaux publics et de la branche maladie du régime général
de sécurité sociale (« assurance maladie »)**



Source : Cour des comptes

Note de lecture : les dates indiquées sont des dates limites.

Hors période exceptionnelle de crise pandémique¹²¹, les délais d'arrêt des comptes des hôpitaux publics peuvent être considérés comme anormalement longs. Ainsi, les comptes de résultats et les bilans de l'exercice n doivent être définitivement arrêtés le 8 mai de l'année n+1, soit près de deux mois après ceux de la branche maladie du régime général pour lesquels la date réglementaire limite est le 15 mars de l'année n+1.

¹²¹ Des dispositions particulières ont été prises pour l'arrêt des comptes 2019 en 2020 par l'arrêté du 11 septembre 2020.

Pour les organismes de l'État soumis aux règles de la comptabilité publique, la DGFIP a publié en 2017 un guide de bonnes pratiques qui recommande de faire débiter les travaux d'audit des CAC dès le 15 janvier, afin de pouvoir transmettre l'information à la tutelle, après approbation du compte financier par les organes délibérants, à la fin février au plus tard.

2 - Des délais pénalisants d'établissement des comptes

Entre le 15 mars (balances comptables provisoires) et le 8 mai (comptes définitivement arrêtés), les hôpitaux publics comptabilisent les opérations tardivement décidées par leurs administrations de tutelle. Des montants de financements mis en réserve sont « dégelés » et leur sont versés. En outre, suivant une pratique instaurée depuis l'exercice 2017, des dotations complémentaires sont déléguées en toute fin d'exercice comptable, après arbitrage du cabinet du Premier ministre (voir *infra*).

Pour l'exercice 2021, 11 % des dotations Migac, soit 1,45 Md€, et 0,4 % des autres dotations, soit 70 M€, ont ainsi été déléguées aux ARS par un arrêté du 10 mars 2022, quelques jours avant l'arrêté définitif (le 15 mars) des comptes de l'assurance maladie qui finance ces versements complémentaires. Cette délégation tardive des dotations Migac s'explique par la complexité de leurs règles d'allocation¹²², par la volonté d'ajuster le montant en fonction des données d'activité réelles de l'année et par l'objectif de réaliser l'Ondam global de l'année n au plus près de sa prévision actualisée par la loi de financement de l'année n+1.

En principe, les hôpitaux publics enregistrent ces dotations complémentaires dans les comptes du dernier exercice clos. Il arrive cependant, dans une mesure que le ministère de la santé ne sait pas apprécier, qu'ils le fassent dans l'exercice en cours. Compte tenu du poids des opérations de fin d'exercice, l'évolution des résultats et l'appréhension de la situation financière des hôpitaux peuvent s'en trouver affectées.

En raison des délais d'arrêtés des comptes, l'information financière relative au dernier exercice clos ne peut être centralisée au niveau ministériel qu'au second semestre de l'année en cours. Ce calendrier est trop tardif pour utiliser ces données comptables comme référence pour déterminer le sous-objectif de l'Ondam relatif aux établissements de santé de l'exercice à venir, travail qui intervient entre avril et septembre. Pour le dernier exercice clos, à l'instar de l'exercice en cours, la DGOS a estimé

¹²² Les Migac regroupent 125 enveloppes distinctes, calculées pour chaque établissement afin de garantir l'équité de leur répartition et leur sécurité juridique.

par conséquent les charges sensibles à l'activité à partir de coefficients d'élasticité issus d'études médico-économiques internationales anciennes¹²³, et les charges de personnel sur le fondement d'un coefficient issu d'une enquête jamais actualisée¹²⁴, ce qui induit des risques d'écart entre la situation de référence et celle finalement constatée.

3 - Un avancement nécessaire et possible de l'arrêté des comptes

Un établissement plus précoce des comptes des hôpitaux publics présenterait les avantages symétriques des inconvénients précédemment décrits : clarification des conditions de rattachement des dotations aux différents exercices comptables ; construction du sous-objectif de l'Ondam relatif aux établissements de santé en prenant pour référence les comptes du dernier exercice clos, et non plus une estimation ; mise à la disposition du ministère de la santé, du Gouvernement et du Parlement, dans l'annexe 6, d'une information plus récente et plus précise sur la situation financière des hôpitaux publics.

Afin de permettre au ministère chargé de la santé de disposer plus rapidement des données relatives au dernier exercice clos, il conviendrait que les directeurs des hôpitaux publics arrêtent définitivement leurs comptes à une date plus proche de celle de l'arrêté définitif des comptes de l'assurance maladie, soit le 15 mars au lieu du 8 mai (voir schéma n° 1 *supra*). Compte tenu du poids des hôpitaux publics dans les dépenses de l'assurance maladie, il serait de bonne politique que leurs comptes soient arrêtés avant le dépôt du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale sur le bureau de l'Assemblée nationale, qui intervient avant le 1^{er} juin en application de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 14 mars 2022.

¹²³ OCDE, « Paiement des hôpitaux et dégressivité tarifaire dans les pays de l'OCDE », mars 2015. Sur le fondement de cette étude, il est estimé que, quand l'activité augmente de 10 %, les achats et charges externes augmentent de 7 % et les autres charges, y compris de personnel, de 10 %.

¹²⁴ L'étude « coûts et carrières » de la DGOS sur la période 2005-2008 a évalué l'augmentation annuelle de la masse salariale des hôpitaux publics à 0,4 %. La DGOS retient aujourd'hui une hypothèse conventionnelle de 0,3 %. La Drees développe depuis 2021 un outil de micro-simulation de la masse salariale hospitalière afin, à l'avenir, de mieux prévoir l'évolution des charges de personnel des hôpitaux publics.

Cet avancement du calendrier de l'arrêté des comptes apparaît réalisable. D'une part, les hôpitaux disposent d'une « journée » complémentaire d'un mois en janvier¹²⁵, qui pourrait être supprimée, à l'image de ce qui a été fait pour d'autres établissements publics soumis au contrôle de l'État. D'autre part, la durée de l'audit des comptes provisoires pourrait être réduite à trois semaines, comme pour les régimes de sécurité sociale, une partie des travaux des commissaires aux comptes étant alors anticipée avant le 31 décembre. Enfin, d'autres délais pourraient être réduits (transmission entre les directions départementales des finances publiques et les établissements, soumission des comptes arrêtés à l'approbation du conseil de surveillance).

Arrêter plus tôt les comptes supposerait que le ministre de la santé, comme il le faisait avant l'exercice 2017, prenne les ultimes décisions de dégel et de délégation de dotations à une date qui permette leur versement par les ARS aux établissements fin décembre au plus tard.

Pour cela, il aurait à se fonder sur les prévisions de résultats à fin septembre, que les établissements lui transmettent avant le 15 novembre (RIA 1)¹²⁶. Certes, un rapport IGF-Igas a souligné la qualité insuffisante de ces prévisions¹²⁷, les hôpitaux publics ayant tendance à sous-estimer leurs résultats afin d'obtenir le dégel des dotations et des montants supplémentaires lorsqu'ils sont en déficit. Les effets sur les comptes d'erreurs de prévision pourraient toutefois être compensés par une correction des montants délégués dès le début de l'exercice suivant – en positif ou en négatif. L'éventuel dépassement de l'Ondam pour un exercice donné serait en tout état de cause corrigé dès l'exercice suivant.

¹²⁵ La « journée complémentaire » est le délai d'un mois, courant du 31 décembre n-1 au 31 janvier n, dont bénéficient certains organismes publics pour classer les opérations qui n'ont pas pu être imputées de façon certaine ou définitive à un compte déterminé, et ainsi, pour apurer les comptes d'attente.

¹²⁶ La prévision RIA 2 au 15 février, à partir des balances comptables provisoires au 31 décembre n'aurait plus d'utilité et pourrait en conséquence être supprimée.

¹²⁷ IGF-Igas, « *Amélioration des outils de suivi et de prévision de la situation financière des établissements de santé* », janvier 2022, non publié. Selon ce rapport, « *les prévisions des établissements sont moins fiables (car encore plus pessimistes) que celles réalisées un an plus tôt au moment de l'élaboration de leur [budget prévisionnel]* ». L'écart sur les résultats entre les comptes définitifs et les prévisions a d'ailleurs augmenté, « *passant de 445 M€ en 2015 à 929 M€ en 2018* ».

III - Des données et analyses supplémentaires à fournir

L'annexe 6 au PLFSS 2024 a vocation à remédier aux insuffisances de l'information procurée au Parlement sur les résultats, d'une part, et sur l'investissement et l'endettement des hôpitaux, d'autre part. Les développements suivants précisent les informations supplémentaires qui pourraient être intégrées à ce document.

A - Une information sur les résultats qui doit permettre d'apprécier la situation des établissements et les incidences sur celle-ci de l'évolution de l'Ondam

1 - Compléter l'analyse des résultats

L'analyse des résultats des hôpitaux doit permettre d'apprécier si le respect du sous-objectif de dépenses de l'assurance maladie (Ondam) a pour corollaire une amélioration, une stabilité ou une dégradation, comme cela a été le cas dans les années 2010, de leur situation financière.

L'annexe mentionne les résultats agrégés des hôpitaux publics dans le périmètre de leurs budgets principaux, qui sont passés d'un déficit de 663 M€ en 2019 à un déficit de 539 M€ en 2020¹²⁸, et, selon des résultats décrits comme préliminaires, à un déficit de 391 M€ en 2021¹²⁹. Elle devrait commenter les raisons de la concentration de ce déficit sur l'AP-HP (283 M€, soit 72 % du total en 2021, contre 169 M€ en 2019), alors même que les autres CHU, pris ensemble, connaissent un léger excédent depuis 2018 (46 M€ en 2021, contre 22 M€ en 2019) et que le déficit des CH s'est réduit en 2020 et à nouveau en 2021 (à 155 M€, contre 515 M€ en 2019).

S'agissant des établissements privés, l'annexe ne fournit pas la chronique de l'évolution du montant de leurs résultats. Pour les Espic, elle se borne à mentionner qu'« *ils connaissent depuis 2017 des résultats légèrement excédentaires* ». Pour les cliniques à but lucratif, elle indique, en citant le rapport de la Drees, que leur résultat net de 2020 s'établit à 3 % des produits, soit un niveau qui dépasse celui de 2019 et renoue avec ceux, historiquement élevés, de 2014 à 2016.

¹²⁸ Après neutralisation des produits liés à la comptabilisation à leur valeur vénale de biens remis à titre gratuit pendant la crise sanitaire (masques, médicaments...). Cet effet ne s'est pas reproduit en 2021. Avant neutralisation, le déficit s'est élevé à 241 M€.

¹²⁹ Dans le même périmètre, la Cour constate, fin novembre 2022, un déficit agrégé de 368 M€ en 2021.

Les éléments fournis par l'annexe sur les résultats globaux des hôpitaux publics, Espic et cliniques manquent d'homogénéité entre ces catégories. L'annexe indique ainsi que 43 % des hôpitaux publics étaient déficitaires en 2021, ce qui traduit une amélioration par rapport à 2019 (le ratio était alors de 55 %) grâce aux dispositifs exceptionnels de soutien face à la crise. Pour les cliniques à but lucratif, elle reprend les données de la Drees qui indiquent que 23,5 % des cliniques étaient déficitaires en 2020, après 26 % en 2019. L'annexe aurait également vocation à mentionner ce ratio pour les Espic, qui se rapproche de celui des cliniques avec 24 % d'établissements déficitaires en 2020, après 25 % en 2019.

Enfin, l'annexe devrait préciser les causes (délais d'utilisation des dotations à l'investissement du « Ségur de la santé », autres facteurs explicatifs) de l'évolution divergente des montants respectifs des résultats des hôpitaux publics (voir *supra*) et de la trésorerie qu'ils déposent sur un compte du Trésor. Alors qu'il était assez stable de fin 2017 à fin 2019, entre 5 Md€ et 5,5 Md€, le montant de la trésorerie déposée au Trésor a fortement augmenté depuis lors, atteignant 7,6 Md€ à fin 2020, 8,1 Md€ à fin 2021 et 9,2 Md€ fin 2022.

2 - Préciser les facteurs explicatifs de l'évolution des recettes liées à l'activité

L'annexe décrit précisément le contenu du protocole d'accord signé en février 2020 entre l'État et les fédérations d'établissements de santé publics et privés. Celui-ci a prévu, pour les trois années 2020, 2021 et 2022, une progression d'au moins 0,2 % par an de la part du financement des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) constituée par l'incidence des évolutions des tarifs et du financement de la qualité¹³⁰. L'hypothèse sous-jacente était celle d'un volume d'activité corrigé du nombre de jours ouverts en progression de 1,6 % par an. Le montant total des dépenses du sous-objectif de l'Ondam relatif aux établissements de santé, tous statuts confondus, devait progresser de 2,4 % par an.

Toutefois, la crise sanitaire, qui a débuté immédiatement après la signature du protocole, en a modifié la portée. Le protocole devait donner de la visibilité aux établissements de santé en fixant à l'avance, et de façon pluriannuelle, les conditions de leur financement par l'assurance maladie. En réalité, l'activité a chuté du fait de la crise sanitaire.

¹³⁰ Il s'agit du dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq), créé en 2016, et de dispositifs spécifiques (comme le financement des urgences).

Une activité des hôpitaux publics qui n'a pas retrouvé en 2021 son niveau d'avant la pandémie

Selon les données de l'Atih, que l'annexe pourrait reprendre, l'activité MCO des hôpitaux publics, exprimée en nombre de séjours, a baissé de 1,8 % entre 2019 et 2021, malgré l'activité supplémentaire liée à la covid 19. La montée en puissance de l'activité ambulatoire (+ 10,5 %) n'a pas compensé la baisse des hospitalisations complètes (- 6,8 %).

La chute est encore plus marquée pour l'AP-HP (- 4 %). Les hospitalisations complètes ont baissé de 9 % tandis que l'activité ambulatoire a augmenté de seulement 4 %.

Pour les CHU hors AP-HP, l'activité a, en revanche, augmenté en moyenne de 1,7 % entre 2019 et 2021. La hausse de 13,5 % de l'activité ambulatoire a plus que compensé la baisse de 4,8 % des hospitalisations complètes.

Le protocole aurait pu être adapté à ce nouveau contexte, mais le Gouvernement a préféré en assurer une application intégrale. Il a mis en œuvre une garantie de financement des établissements au niveau versé en 2019, majoré de la progression prévue par le protocole, indépendamment de l'évolution constatée de l'activité. L'annexe 6 décrit le mécanisme de la garantie de financement¹³¹ et ses conditions d'application. En 2020, 81 % des hôpitaux publics et des Espic, et 64 % des cliniques à but lucratif ont demandé à en bénéficier et n'ont donc pas perçu un montant de ressources en rapport avec leur activité – hors hospitalisation à domicile (HAD)¹³². En 2021, encore 78 % des hôpitaux publics ont bénéficié du dispositif. L'annexe 6 omet cependant de mentionner le montant de la garantie de financement ainsi accordée, qui a atteint 3 Md€ en 2020 et 1,8 Md€ en 2021 pour les seuls hôpitaux publics selon les informations communiquées à la Cour par la DGOS.

¹³¹ Fixation d'un plancher de recettes fondé notamment sur les recettes d'activité historiques et prise en compte de l'activité, valorisée uniquement si elle est supérieure à ce plancher. Pour les hôpitaux publics et les Espic, un versement mensuel forfaitaire est réalisé sur le fondement des recettes d'activité de l'année précédente, avec des régularisations au fil de l'eau en cas de valorisation de l'activité supérieure à ce seuil. Pour les cliniques, la facturation de leur activité est comparée en fin de période au montant de garantie notifié afin, le cas échéant, de régulariser le montant dû.

¹³² La HAD s'est beaucoup développée avec la crise sanitaire et est donc restée tarifée à l'activité pour 80 % des établissements concernés.

Les modes de financement des hôpitaux de proximité, des établissements psychiatriques et des établissements de soins de suite et de réadaptation¹³³ font l'objet de réformes précisément décrites par l'annexe. Celle-ci devrait cependant préciser les conséquences de ces réformes sur les recettes et sur les résultats de ces établissements, de même que l'incidence de la réforme de la tarification des services d'urgence sur les comptes des établissements qui en sont dotés.

Plus généralement, l'annexe devrait préciser les contributions respectives des recettes liées aux activités de soins et de celles non liées à ces activités (Migac et FIR) aux résultats des hôpitaux ces dernières années. Pour l'activité de MCO, la plus importante, les incidences respectives de l'évolution du nombre de séjours, du tarif moyen¹³⁴ et de la composition des séjours sur l'évolution du montant des recettes liées à la tarification à l'activité (T2A) devraient être précisées.

3 - Décrire les aides à la contractualisation, qui soutiennent les établissements les plus en difficulté

L'annexe 6 devrait détailler les dotations de l'assurance maladie aux établissements de santé, notamment les aides à la contractualisation (AC), qui ont un caractère en grande partie discrétionnaire. En 2021, les dotations d'AC ont atteint 2,7 Md€ pour les hôpitaux publics, hors compensation de surcoûts covid et de pertes de recettes annexes, contre 1,3 Md€ en 2019, selon les données de la DGFIP analysées par la Cour.

Dans l'ensemble des AC, un enjeu particulier s'attache à l'enveloppe qui a pour objet d'aider des établissements qui connaissent des difficultés de trésorerie et, de ce fait, paient leurs fournisseurs à plus de 70 jours, au-delà des délais réglementaires¹³⁵, ou accumulent des dettes fiscales et sociales.

Le montant de cette enveloppe, déléguée par les ARS, a varié au cours du temps selon les marges de manœuvre laissées par l'Ondam et divers critères de priorisation des demandes exprimées par certains établissements. Elle est passée d'un point bas de 271 M€ en 2015 à un point haut de 427 M€ en 2021, qui dépasse le montant initialement prévu pour cet exercice (370 M€).

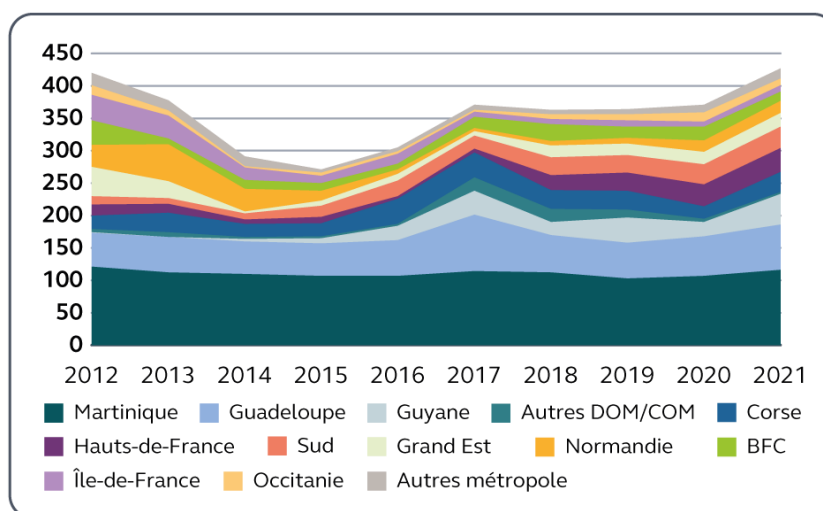
¹³³ Ils sont désignés sous le terme d'établissements de soins médicaux et de réadaptation depuis un décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022.

¹³⁴ À composition (structure) inchangée des séjours.

¹³⁵ Le délai de règlement entre entreprises, qui s'applique aux hôpitaux publics, est de 30 jours à compter de la réception des marchandises ou de l'exécution des prestations (45 jours fin de mois en cas d'accord entre les parties).

Ces aides bénéficient à des établissements situés dans des départements et régions d'outre-mer et en Corse, qui reçoivent en début d'année une dotation annuelle d'un montant assez stable (182 M€ en 2021¹³⁶). En outre, des aides ponctuelles sont décidées en fin d'exercice à partir des besoins dont font état les ARS et de l'analyse de leur criticité.

Graphique n° 12 : aides spécifiques aux établissements connaissant des difficultés de trésorerie (en M€)



Source : DGOS

De 2016 à 2019, 38 établissements ont bénéficié d'aides récurrentes. En 2021, dans le contexte de crise sanitaire, 77 établissements, soit un sur onze, ont perçu une aide. Pour 2022, l'enveloppe a été arbitrée à 301 M€, dont 189 M€ ont été alloués en début d'exercice. Il reste donc 112 M€ à allouer, en principe, pour un besoin exprimé par les ARS de 161 M€¹³⁷.

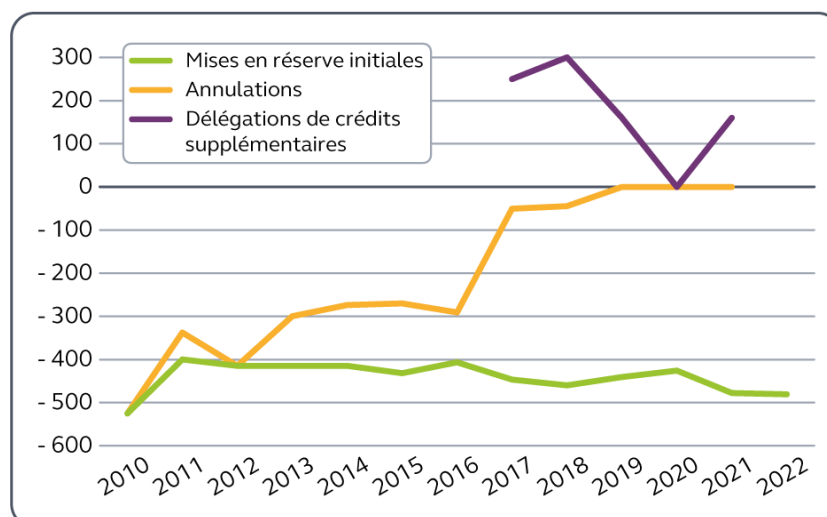
¹³⁶ CHU et CH spécialisé Maurice Despinoy en Martinique (103 M€ en 2021, soit 13 % de leurs produits d'exploitation), CHU de Guadeloupe (63 M€ en 2021, soit 16 % de ses produits d'exploitation), CH de Cayenne et de Kourou en Guyane (8 M€ en 2021) et CH d'Ajaccio, de Bastia et de Castelluccio (8 M€ au total en 2021).

¹³⁷ Note de la DGOS au cabinet du ministre de la santé du 26 septembre 2022.

4 - Préciser les modifications en cours d'année des financements prévus et leurs impacts sur le résultat des hôpitaux

Une partie des financements de l'assurance maladie (400 à 500 M€ pour les hôpitaux publics) est mise en réserve en début d'année selon deux modalités distinctes. D'une part, un coefficient prudentiel, créé par la LFSS pour 2013¹³⁸, minore les tarifs des actes de MCO¹³⁹ appliqués lors de l'année en cours. D'autre part, les dotations de diverses natures sont progressivement et parfois incomplètement versées aux établissements.

Graphique n° 13 : mises en réserve initiales, annulations et délégations de dotations supplémentaires (M€)



Source : Cour des comptes d'après les tableaux annuels du comité d'alerte et la DGOS

Note de lecture : les délégations 2020 et 2021 ici représentées n'intègrent pas le financement de compensations de surcoûts covid et de pertes de recettes annexes.

L'avis du comité d'alerte, rendu au plus tard le 15 octobre de chaque année, permet d'apprécier les conséquences de l'activité hospitalière sur la réalisation du sous-objectif de l'Ondam. En cas de risque de non-atteinte, le ministère peut supprimer définitivement tout ou partie des financements mis en réserve.

¹³⁸ Depuis 2017, le coefficient prudentiel, fixé à - 0,7 % depuis cette même année, est devenu prépondérant dans les mises en réserve (356 M€ sur 481 M€ en 2021) par rapport aux dotations hospitalières (125 M€).

¹³⁹ Des dispositifs équivalents ont été mis en place pour la psychiatrie et les soins de suite et de réadaptation.

Entre 2010 et 2016, les montants mis en réserve ont été ainsi en grande partie annulés. Entre 2013 et 2016, ils ont été mis à contribution pour compenser le dépassement du sous-objectif des soins de ville. À partir de 2017, l'activité hospitalière a connu une augmentation modérée, devenue inférieure aux prévisions. Des dotations supplémentaires ont alors été déléguées aux hôpitaux publics afin de compenser l'effet sur leurs comptes de cette moindre activité. En cumul, 870 M€ ont ainsi été délégués entre 2017 et 2021.

L'annexe 6 devrait fournir une information détaillée sur l'incidence de ces mesures de régulation infra-annuelle sur les résultats des établissements. À ce titre, elle devrait préciser, pour le dernier exercice clos, les montants prévus et finalement alloués, y compris les dotations complémentaires versées en fonction de données d'activité moins élevées que celles anticipées.

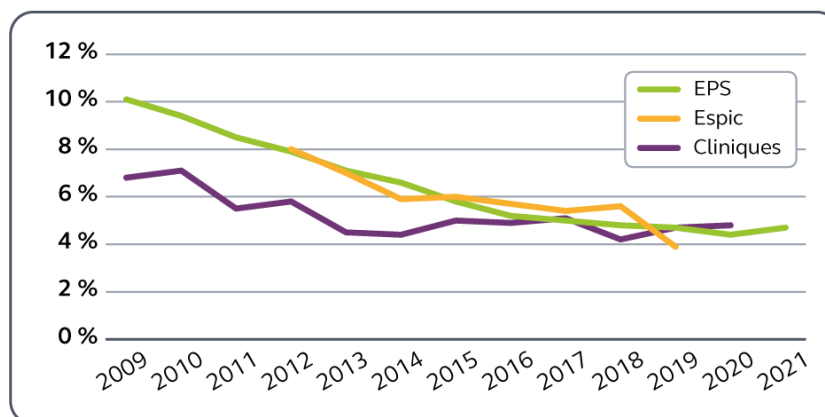
B - Des liens de causalité à analyser entre les plans d'investissement et le niveau de l'endettement

1 - Un effort d'investissement et des conditions de financement à apprécier plus précisément

L'annexe 6 explique comment, après la mise en œuvre des plans *Hôpital 2007* et *2012*, les dépenses d'investissement des hôpitaux publics ont été pratiquement divisées par deux par rapport au point haut de 7,0 Md€ atteint en 2012. Rapportées aux produits, elles ont enregistré une diminution continue de 2009 (10,1 %) à 2020 (4,4 %), avant de remonter en 2021 au niveau de 2019 (4,7 %)¹⁴⁰. L'annexe devrait comparer cette évolution à celle des Espic, qui est similaire, et à celle des cliniques à but lucratif, dont le taux d'investissement, resté stable depuis 2013 (4,8 % en 2020), dépasse désormais ceux des hôpitaux publics et des Espic.

¹⁴⁰ L'augmentation des recettes procurées par l'assurance maladie en vue de compenser la crise sanitaire et la hausse des charges de personnel induite par le « Ségur de la santé » contribue toutefois, toutes choses égales par ailleurs, à une minoration de la valeur du ratio de l'ordre de 0,3 point en 2020 et de l'ordre de 0,5 point à partir de 2021.

**Graphique n° 14 : effort d'investissement
(en proportion des recettes¹⁴¹) de 2009 à 2021**



Source : Drees, panorama santé 2019 et dossier sur la situation économique et financière des hôpitaux en 2020

L'annexe décrit précisément les montants engagés au titre du « Ségur de la santé » (voir supra) et leur ventilation par régions et par catégories d'investissement. Cependant, elle mentionne ces montants au 1^{er} septembre 2022 (pour 470 M€), et non au 31 décembre 2021, ce qui ne permet pas de situer la part du « Ségur de la santé » dans l'effort global d'investissement en 2021. En outre, le montant indiqué ne distingue pas entre les hôpitaux publics, les Espic et les cliniques à but lucratif, alors que seuls sont présentés les investissements des hôpitaux publics.

L'annexe précise le montant des financements du « Ségur de la santé » pour l'investissement courant (tous équipements médicaux et non médicaux), soit 1,5 Md€. En outre, elle décrit l'évolution du taux d'investissement courant des *hôpitaux publics* rapporté aux produits qui, après avoir atteint un point haut de 4,5 % en 2007, a reculé continûment, puis s'est stabilisé autour de 2,6 % depuis 2018. Toutefois, elle ne qualifie pas cette baisse par rapport au seuil de 3 %, généralement considéré comme nécessaire au renouvellement des équipements et au maintien en état des capacités des établissements. Or, l'investissement courant est inférieur à ce seuil depuis 2015. L'annexe devrait préciser dans quelle mesure l'évolution de l'autofinancement des établissements et les financements du « Ségur de la santé » pourraient permettre de redresser ce taux.

¹⁴¹ Produits bruts d'exploitation pour les Espic ; tous produits d'exploitation, financiers et exceptionnels pour les hôpitaux publics et les cliniques.

L'annexe indique enfin que le taux de vétusté des constructions et des équipements des *hôpitaux publics* a augmenté. Ce taux est mesuré en rapportant la valeur amortie des immobilisations à leur valeur brute¹⁴². Pour les constructions des *hôpitaux publics*, il est ainsi passé de 45,5 % en 2015 à 52 % en 2020, soit une augmentation de l'ordre de 0,9 point par an. Contrairement à ce que décrit l'annexe « selon les premières données disponibles », les données de la DGFIP ne font pas apparaître de retournement de tendance en 2021, la vétusté des constructions augmentant au contraire de 1,3 point. S'agissant des équipements des *hôpitaux publics*, le taux s'est dégradé de 76 % en 2011 à 80,8 % en 2020. Il s'est légèrement amélioré en 2021, en revenant à son niveau de 2018 (80 %).

L'annexe pourrait préciser la vétusté des constructions et des équipements par catégorie d'établissements. À cet égard, l'AP-HP se caractérise par une plus forte vétusté des constructions (avec un taux de 10 points au-dessus de la moyenne), mais une moindre vétusté des équipements (taux inférieur de 10 points à la moyenne).

2 - Un risque portant sur l'endettement à mieux évaluer

Les plans d'investissement de 2007 et de 2012 ont provoqué une envolée de l'endettement financier des hôpitaux publics, dont l'encours est passé de 11,9 Md€ en 2005 à 30,3 Md€ en 2014, avant de se stabiliser à ce niveau. L'annexe 6 décrit l'évolution de ce montant de 2019 (29,7 Md€) à 2021 (31,0 Md€) et celle du taux d'encours de dette rapporté aux produits (32,9 % en 2021 contre 36,3 % en 2019), globalement et par catégorie d'hôpitaux publics.

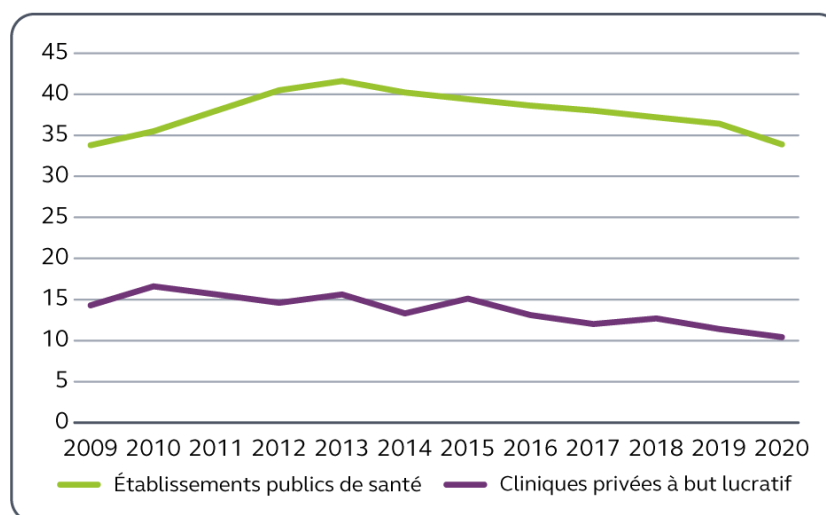
Pour les cliniques à but lucratif, l'annexe reprend les données de la Drees (1,8 Md€ et un ratio de 10,4 % en 2020). Elle pourrait fournir ces mêmes données pour les Espic, dont l'Atih a estimé l'encours de dette à 2,6 Md€ en 2020 (soit 23,4 % des recettes).

Une analyse en série longue et comparée de l'évolution des taux d'endettement – possible uniquement¹⁴³ pour les hôpitaux publics et les cliniques à but lucratif selon les données publiées – permettrait d'apprécier la maîtrise comparée de la dette selon le statut des établissements.

¹⁴² Plus le taux est élevé, plus l'immobilisation est vétuste. Un taux de 100 % signifie qu'elle est totalement amortie et que sa valeur comptable résiduelle est nulle.

¹⁴³ La Drees n'a pas produit de série historique pour le taux d'endettement des Espic en pourcentage des recettes.

**Graphique n° 15 : taux d'endettement
(en proportion des produits), de 2009 à 2021**



Source : Drees, dossier sur la situation économique et financière des hôpitaux en 2020

L'annexe ne mentionne pas les emprunts structurés à risque élevé des hôpitaux publics, ce qui n'appelle pas de critique au regard de l'évolution de leur poids relatif – réduit à 3 % de la dette financière des hôpitaux publics¹⁴⁴ – et de leur concentration sur un nombre désormais limité d'établissements.

Il est en revanche anormal que l'annexe ne procède à aucune analyse du surendettement des hôpitaux publics, alors même que des niveaux élevés d'endettement et une activité moins dynamique ont fragilisé la situation financière de nombre d'entre eux. La circulaire précitée du Premier ministre du 10 mars 2021 a demandé aux ARS que les apports financés par la Cades afin de restaurer les capacités financières des établissements (6,5 Md€) soient « contractualisés avec les établissements dans leur intégralité fin 2021 et pour la période 2021-2029 » et soient ainsi comptabilisés en totalité dès 2021. Une première tranche de 1,3 Md€ leur a, par ailleurs, été déléguée en 2021. L'annexe décrit en détail les montants ainsi apportés aux hôpitaux publics mais ne fournit aucune information sur les effets de ces apports en fonds propres sur leur situation bilancielle.

¹⁴⁴ Le recours aux emprunts structurés est prohibé depuis 2011. Leur encours s'élevait encore à 820 M€ en 2020 selon l'Atih.

Quand un hôpital public est-il surendetté ?

L'article D. 6145-70 du code de la santé publique définit trois indicateurs de niveau excessif d'endettement pour les hôpitaux publics :

- encours de dette à long terme / capitaux permanents constitués des fonds propres et des provisions pour risque et charges > 50 % (ratio d'indépendance financière) ;
- dette / capacité d'autofinancement > dix ans (durée apparente de la dette) ;
- encours de la dette / produits > 30 % (soutenabilité de la dette).

Sont considérés comme surendettés les établissements qui remplissent au moins deux de ces trois critères. Le recours à l'emprunt pour une durée supérieure à 12 mois doit alors être autorisé par le directeur général de l'ARS, après avis du directeur régional des finances publiques.

Selon les calculs effectués par la Cour, la proportion d'hôpitaux publics surendettés a baissé de 43 % en 2019 à 30 % en 2021, sous l'effet de deux facteurs principaux. D'une part, l'augmentation des recettes procurées par l'assurance maladie en vue de compenser la hausse des charges de personnel induite par le « Ségur de la santé » a eu pour effet de réduire l'encours de la dette rapporté aux produits à partir de 2020. D'autre part, les apports en fonds propres financés par la Cades ont amélioré les ratios de dépendance financière¹⁴⁵. Le nombre d'établissements en dépassement sur ce critère s'est ainsi réduit de 260 en 2020 à 175 en 2021.

Pour autant, un grand nombre d'établissements, notamment parmi les CHU, connaît toujours une situation de grande fragilité financière. En 2021, dix-huit CHU sur trente-deux étaient surendettés au regard du critère du ratio de dépendance financière, malgré l'apport en fonds propres du « Ségur ». Quinze CHU réunissaient deux des trois critères du surendettement définis par le code de la santé publique. Neuf CHU réunissaient les trois critères du surendettement. C'était notamment¹⁴⁶ le cas de trois des quatre principaux hôpitaux publics : l'AP-HP, l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille (APHM) et le CHRU de Lille.

¹⁴⁵ Sur un plan comptable, les montants attribués ne sont pas imputés en réduction de l'encours de dette, mais en augmentation des capitaux permanents, au dénominateur du ratio de dépendance financière. En effet, les montants versés ne visent pas à rembourser des dettes par anticipation, mais à constituer une « réserve » qui permette de financer ce remboursement.

¹⁴⁶ En dehors de l'AP-HP, de l'APHM et du CHRU de Lille, il s'agit des CHRU et CHU de Grenoble, Nice, Brest, Rennes, Amiens et de La Réunion.

Enfin, l'annexe ne devrait pas analyser la dette de manière uniquement rétrospective mais aussi, comme le prévoit expressément la loi organique du 14 mars 2022, de manière prospective. À cette fin, il conviendrait que les données servant à établir les plans globaux de financement pluriannuels des établissements, dont l'horizon est de cinq ans au minimum, soient homogénéisées et rendues exhaustives dans les stratégies régionales d'investissement des ARS, afin de faire l'objet d'une centralisation nationale et servir de support à une analyse prospective.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Depuis longtemps, l'information au Parlement sur la situation financière des établissements de santé est fournie trop tardivement et revêt un caractère parcellaire. La création d'une nouvelle annexe au PLFSS, en application de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 14 mars 2022, n'a pas permis d'amélioration notable.

Une information plus précoce, plus complète et plus objective doit être communiquée au Parlement et, plus largement, aux citoyens, sur les résultats des hôpitaux, en particulier publics, sur leurs déterminants en recettes et en dépenses, et sur l'évolution de l'investissement et de l'endettement au regard de la mise en œuvre du « Ségur de la santé ».

La Cour contribuera par ses travaux à cette nécessaire transparence. Dès à présent, elle adresse les recommandations suivantes aux directions et établissements concernés des ministères chargés de la santé et des finances :

8. *produire, dans l'annexe 6 aux PLFSS des années 2024 et suivantes, pour les hôpitaux publics, les établissements de santé privés d'intérêt collectif et les cliniques à but lucratif :*
 - *une analyse de l'activité de l'année et de son incidence sur les recettes ;*
 - *une description des financements de toute nature perçus par les établissements de santé, des conditions de leur mise en réserve et de leur restitution, et des conditions d'attribution complémentaire d'aides en trésorerie à certains établissements en difficulté ;*
 - *une analyse rétrospective et prospective des trajectoires d'investissement et d'endettement, en particulier pour les établissements surendettés (ministère de la santé et de la prévention) ;*
 9. *fournir, en vue de la préparation de l'annexe aux PLFSS 2024 et suivants, un niveau d'analyse de la situation financière des établissements de santé privés d'intérêt collectif équivalent à celui relatif aux hôpitaux publics et aux cliniques à but lucratif, et calculer des indicateurs financiers identiques pour les trois catégories d'établissements (Atih et ministère de la santé et de la prévention) ;*
 10. *attribuer aux établissements de santé, avant le 31 décembre, la totalité des dotations dues au titre de l'année n ; en cas de dépassement constaté de l'objectif de dépenses des établissements de santé, compenser le trop-versé en ajustant, à due concurrence, le montant des dotations de l'année n+1 (ministère de la santé et de la prévention) ;*
 11. *avancer la date limite de l'arrêté définitif des comptes des hôpitaux publics pour la rapprocher de celle de l'assurance maladie (15 mars) et fixer la date limite d'approbation des comptes des hôpitaux par leurs conseils de surveillance avant celle du dépôt du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (avant le 1^{er} juin) (ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, ministère de la santé et de la prévention).*
-

Deuxième partie

Des réformes à poursuivre

Chapitre IV

Expérimenter pour reformer

l'organisation et la tarification des soins

PRÉSENTATION

Les réformes successives engagées pour adapter, moderniser et transformer le système de santé¹⁴⁷, peinent à changer les organisations qui demeurent cloisonnées (notamment entre secteurs d'activité ou entre métiers et prérogatives de chaque profession) et dispersées, en particulier pour les soins de ville.

Pour remédier à ces obstacles profondément ancrés dans l'organisation du système de santé, les gouvernements successifs ont jugé que le recours à des expérimentations préalables était nécessaire.

Durant deux décennies, des expérimentations se sont succédé sans lien les unes avec les autres, sans réelle articulation, sans vision d'ensemble et sans exigence en matière d'évaluation.

Le législateur a donc décidé, par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS)¹⁴⁸ pour 2018, de définir un cadre juridique pérenne afin d'expérimenter de nouvelles organisations de soins et les conditions de leur financement. Un budget pluriannuel a été réservé au programme d'expérimentation (511 M€ autorisés depuis 2018).

À la fin de l'année 2022, 122 expérimentations avaient été autorisées. La Cour a analysé les modalités de gestion de ce programme et cherché à évaluer la capacité à transposer dans le droit commun les règles dérogatoires testées. Six projets seulement étant arrivés à terme, la Cour n'a pu toutefois en tirer tous les enseignements sur la pertinence au fond des dispositifs expérimentés.

Il apparaît que, si le cadre général de conduite et d'évaluation des expérimentations a été modifié en profondeur (I), des adaptations du dispositif sont à envisager à très court terme afin d'assurer sa contribution à la transformation du système de santé (II).

¹⁴⁷ Notamment la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ; la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ; la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

¹⁴⁸ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

I - Une méthode renouvelée pour tenir compte des expérimentations passées

Des tentatives de transformation du système de santé ont été conduites depuis 20 ans, notamment par le biais d'expérimentations qui, faute d'avoir été planifiées et coordonnées, n'ont pas produit les effets attendus. En tirant les enseignements, les pouvoirs publics ont défini un nouveau cadre expérimental, autorisé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

A - Des expérimentations antérieures peu concluantes

1 - Des évolutions nécessaires en matière de santé publique

Le système de santé français est caractérisé par de profondes rigidités organisationnelles et la persistance de forts cloisonnements selon les modalités d'intervention et les métiers (approche préventive ou curative, médecine générale ou médecine spécialisée, soins en ville ou secteur hospitalier, secteur sanitaire ou secteur médico-social, etc.) et par les prérogatives de chaque profession.

Intégrer la prévention ou passer d'une approche centrée sur la gestion des épisodes pathologiques aigus à une médecine privilégiant la pertinence et la continuité du parcours de prise en charge du patient par les différents professionnels de santé nécessite des évolutions en profondeur pour favoriser la coordination et la collaboration des professionnels.

Des besoins d'accès aux soins ou d'assistance auxquels répond difficilement le système de santé : exemples

M. X, 85 ans, vit à domicile avec son épouse du même âge. Son état de santé se dégrade. Les infirmiers qui se succèdent à son domicile pour réaliser les soins prescrits par le médecin perçoivent une rémunération fondée sur la réalisation d'actes techniques et non sur le temps nécessaire à consacrer au patient pour qu'il retrouve un peu plus d'autonomie.

Résidente dans un établissement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), Mme Y, est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Son état nécessite des soins dentaires mais elle ne peut plus se déplacer. L'Ehpad est en difficulté pour trouver un chirurgien-dentiste qui accepte de la recevoir malgré ses troubles du comportement et qui dispose d'un espace suffisamment grand pour accueillir son fauteuil roulant. Pour répondre à cette situation, il conviendrait d'organiser le parcours préventif et curatif de cette patiente, en faisant évoluer les modes d'intervention des chirurgiens-dentistes et des assistants dentaires.

Mme Z souffre de diabète gestationnel. Les allers-retours réguliers entre son domicile et le lieu de consultation sont contraignants et l'amènent à renoncer à certains déplacements. Pour répondre à cette situation, en complément des consultations spécialisées traditionnelles, il conviendrait d'organiser des séances d'éducation thérapeutique au bénéfice de la patiente et de mettre en place un suivi à distance *via* une télésurveillance en relation avec l'équipe de soins, dont le financement, n'est pas prévu dans le cadre actuel.

Scolarisé en CP, le jeune F a des difficultés de lecture et de concentration. Son maître suggère à ses parents de consulter un orthophoniste. Malgré plusieurs séances, F ne progresse pas. Il conviendrait de former les médecins généralistes au dépistage de ces troubles et de mettre en place une organisation graduée pour que l'enfant puisse accéder au bon niveau d'expertise médicale, bénéficier précocement de bilans et de prises en charge rééducatives adaptées à sa situation avec un financement des soins rééducatifs. Ce travail en commun de plusieurs professionnels nécessiterait qu'ils puissent échanger les informations relatives à chacun des patients, *via* un système d'information partagé.

2 - Le principe du recours à des expérimentations pour surmonter les rigidités organisationnelles

Face aux évolutions profondes nécessaires, l'expérimentation des solutions possibles est souvent jugée indispensable. Il s'agit de mettre à l'épreuve de nouveaux modèles d'organisation, que l'Organisation mondiale de la santé¹⁴⁹ (OMS) qualifie d'« innovations organisationnelles » et d'en évaluer les effets de manière objective.

Les innovations peuvent porter sur de nouvelles technologies de santé comme sur de nouvelles pratiques ou de nouveaux métiers. Elles peuvent être initiées par des acteurs de terrain ; leur acceptabilité est d'autant plus grande que les parties prenantes y ont été associées.

¹⁴⁹ En 2018, l'organisation mondiale de la santé (OMS), associée à l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, a proposé une définition de l'innovation organisationnelle des services de santé par la réunion de quatre facteurs : (i) un ensemble nouveau de comportements, d'habitudes, de pratiques et de manières de travailler, (ii) qui s'inscrit en discontinuité ou en rupture avec les pratiques précédentes, (iii) qui vise à améliorer les résultats de santé, l'efficacité administrative, le rapport coût/efficacité des soins ou de l'expérience du patient, et (iv) qui est mise en œuvre de manière planifiée et coordonnée.

3 - Jusqu'en 2018, une absence de cadre général pour les expérimentations

Entre 2007 et 2017, 23 expérimentations ont permis d'encourager des initiatives de professionnels de terrain destinées à décroquer les soins. Qu'elles aient relevé d'un plan national (programme territoire de santé numérique, plan Alzheimer, plan cancer) ou non, chacune d'elles s'est inscrite dans un cadre dérogatoire spécifique, prévu par une loi de financement de la sécurité sociale.

Cependant, rares sont celles qui ont donné lieu à généralisation comme l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé, qui a abouti au développement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), intégrées dans le droit commun en 2017¹⁵⁰, l'expérimentation de « *travail aidé* » au sein de la filière visuelle¹⁵¹ ou encore le déploiement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad)¹⁵².

Des limites nombreuses

En 2018, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) a relevé les limites des expérimentations engagées auparavant.

La mise en œuvre de chaque expérimentation était retardée par le délai nécessaire à la préparation et à l'adoption d'une loi fixant les règles de dérogation la concernant. La prise en compte d'éventuelles évolutions de périmètre, de financement ou de durée d'expérimentation, nécessitait une nouvelle loi pour apporter les ajustements nécessaires¹⁵³.

¹⁵⁰ Par l'accord interprofessionnel (ACI) relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles du 20 avril 2017. Les MSP bénéficient d'un forfait complémentaire à la rémunération à l'acte, accordé en contrepartie du respect d'un certain nombre d'engagements et d'objectifs.

¹⁵¹ Par la mobilisation d'auxiliaires autour du médecin ophtalmologue : orthoptistes et opticiens lunetiers. Le décret du 5 décembre 2016 a élargi le champ de compétences des orthoptistes et de nouveaux actes ont été inscrits à la NGAP.

¹⁵² L'article 49 de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a permis d'expérimenter, sur une période de deux ans, une évolution des modalités d'organisation, de fonctionnement et de financement des Spasad pour assurer une plus grande mutualisation des organisations, des outils ainsi que des prestations au bénéfice de la qualité globale de la vie de la personne, et promouvoir la bien-être.

¹⁵³ Ainsi, l'extension du cadre géographique de l'expérimentation de la télémédecine, engagée en 2014, a nécessité une évolution législative adoptée en 2016.

Les parties prenantes ne disposaient pas de visibilité sur le mode de calcul du financement envisagé au-delà de la période expérimentale.

Les évaluations n'étaient pas systématiques ni toujours conduites de manière suffisamment rigoureuse. Les décisions prises à l'issue des expérimentations n'étaient donc pas toujours étayées par une appréciation objective. Dans les faits, un grand nombre d'entre elles ont été reconduites sans évaluation. L'expérimentation relative aux réseaux de santé a ainsi été prolongée malgré un bilan contrasté, réalisé après plus de 10 années de mise en œuvre, qui a mis notamment en évidence les écarts, d'un réseau à l'autre, du nombre de patients suivis (entre 25 et 1 605) et des coûts de fonctionnement (de 1 334 € à 2 901 €)¹⁵⁴.

Prévue par la LFSS pour 2013¹⁵⁵ et lancée en 2014, l'expérimentation relative au parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa) a, en dépit d'une première évaluation mitigée en 2017, été reconduite et étendue jusqu'en 2020 puis arrêtée, au vu d'une seconde évaluation confirmant les premiers résultats.

Des expérimentations présentant une logique dilatoire

Certaines expérimentations¹⁵⁶ prévues par la loi n'ont pas été mises en œuvre, ou l'ont été partiellement, comme celle relative à la tarification du parcours de soins du patient atteint d'une insuffisance rénale chronique.

D'autres n'ont pas été poursuivies, comme celle relative au parcours pour le traitement du cancer par radiothérapie. Cette dernière a pourtant éprouvé et vérifié un modèle de paiement forfaitaire rémunérant l'ensemble des soins nécessaires pour le traitement de deux grands groupes de tumeurs, et a permis d'identifier les travaux à poursuivre pour préparer la généralisation de la réforme. Faute d'arbitrage, ces travaux n'ont pas été réalisés et la réforme, attendue depuis 2003¹⁵⁷, n'a pas été mise en œuvre.

¹⁵⁴ Les réseaux de santé ont été introduits par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé afin de renforcer la coordination des soins. Leur évaluation, présentée par le rapport d'activité du fonds d'intervention pour la coordination et la qualité des soins (Ficqs) de 2011, a été jugée insuffisamment rigoureuse et objectivée, sans mise en perspective des enseignements tirés par rapport aux enjeux d'une généralisation. La dépense relative à ces réseaux en 2010 atteignait 173,6 M€ pour 700 réseaux.

¹⁵⁵ LFSS n° 2012-1404 du 17 décembre 2012, art. 48.

¹⁵⁶ LFSS n° 2013-1203 du 23 décembre pour 2014 : expérimentations relatives au parcours de soins et à la prise en charge des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique (article 43 I) et au parcours de soins et à la prise en charge des personnes atteintes d'affections cancéreuses traitées par radiothérapie externe (article 43 II).

¹⁵⁷ Inscrite dans le premier plan cancer 2003-2007.

Le recours à des expérimentations peut ainsi constituer une façon détournée de ne pas mettre en œuvre des réformes pourtant nécessaires.

Les pouvoirs publics ne disposaient pas d'une vision consolidée du coût de ces expérimentations, engagées séparément de manière isolée. Enfin, les expérimentations étant généralement locales, elles ne portaient pas toujours sur des échantillons de taille suffisante pour permettre de vérifier la pertinence des règles dérogatoires testées.

Dans son rapport de 2016 sur l'innovation en santé¹⁵⁸, le Hcaam a relevé une méthode de conduite de projet peu structurée et, surtout, l'absence d'explicitation stratégique des évolutions à engager. Il formulait, au regard de l'expérience, une triple recommandation : la mise en place d'un cadre juridique et financier stable pour favoriser l'émergence d'initiatives innovantes dérogeant au droit commun ; un accompagnement des porteurs de projets ; et l'intégration, très tôt dans la procédure, de l'exigence d'une évaluation.

B - Une nouvelle approche pour les expérimentations dérogeant aux règles d'organisation et de tarification des soins

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 marque une évolution dans le recours aux expérimentations. À l'instar de certains pays étrangers, la France a créé, à travers ce dispositif doté d'un budget spécifique (511 M€ engagés entre 2018 et 2022), un cadre propice aux innovations organisationnelles et de financement.

Pour qu'une innovation soit éligible au dispositif de « l'article 51 », deux critères doivent être remplis : d'une part le projet doit avoir une finalité organisationnelle¹⁵⁹, d'autre part son financement doit déroger aux règles de tarification de droit commun. Ce dispositif repose sur une démarche collaborative et sur un processus de décision et de suivi structurés. Son but principal est de lever les obstacles à l'innovation organisationnelle, constitués par les règles de financement traditionnelles. Il mobilise un financement pluriannuel et systématise les évaluations.

¹⁵⁸ Hcaam, *Innovation et système de santé*, 2016.

¹⁵⁹ Amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficacité du système de santé ou de l'accès aux soins dans les secteurs sanitaire et médico-social.

Les modèles étrangers d'innovations organisationnelles en santé

Aux Etats-Unis, le *Center for Medicare and Medicaid innovation* (CMMI), créé en 2010, conçoit et teste en priorité de nouvelles modalités de paiement des soins de santé devant réduire les dépenses de santé, tout en maintenant ou en améliorant la qualité des soins fournis. Il dispose d'un budget de 1 Md€ par an.

En Allemagne, l'*Innovations funds*, créé en 2015, sélectionne des projets de recherche ou de nouvelles formes de soins dont l'objectif est d'améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge et des soins. Il dispose d'un budget de 200 M€ par an (300 M€ en 2019).

En Angleterre, depuis 2013, quinze *Academic Health Science Networks* (AHSNs) ont pour mission de créer un environnement favorable au développement, au repérage et à la diffusion d'innovations, en facilitant les échanges entre acteurs locaux. Chaque année, 70 M€ leur sont alloués.

1 - Une méthode participative et une gestion de programme structurée

Les expérimentations s'élaborent au travers d'échanges entre les porteurs de projets et les « *référénts article 51* » nationaux et régionaux de l'État et de l'assurance maladie, depuis le stade de la lettre d'intention jusqu'au cahier des charges et, pour les projets autorisés, jusqu'au terme de l'expérimentation. Les porteurs de projets peuvent bénéficier d'un accompagnement *via* une structure dénommée « *accélérateur 51* ».

« Accélérateur 51 », incubateur des projets d'expérimentation

Les projets recevables peuvent bénéficier d'une ou de plusieurs séances dites d'accélérateur¹⁶⁰, sous la forme d'ateliers pilotés par la Cnam qui réunissent, autour du porteur de projet, des compétences nationales aussi bien que régionales. Ils sont animés par des consultants et permettent notamment de co-construire le modèle économique de l'expérimentation.

L'apport qualitatif de « *l'accélérateur 51* » est reconnu, aussi bien par les porteurs de projets que par les équipes ayant participé aux séances. Depuis 2018, 129 ateliers ont été organisés au bénéfice de 141 porteurs.

¹⁶⁰Ateliers : « *bienvenue* », « *cahier des charges* », « *mise en œuvre* », « *accompagnement renforcé* », « *rétrospective* », « *projets d'envergure* ».

Dans cette démarche collaborative et partenariale, la place donnée aux usagers reste cependant limitée, même si la prise en compte du retour d'expérience des patients *via* des questionnaires est prévue dans le dispositif d'évaluation¹⁶¹. Une participation des représentants des usagers pourrait être prévue au sein de chaque expérimentation, notamment en la valorisant dans les cahiers des charges, s'agissant des expérimentations à venir.

Le processus de décision s'inscrit dans un cadre de gouvernance structuré.

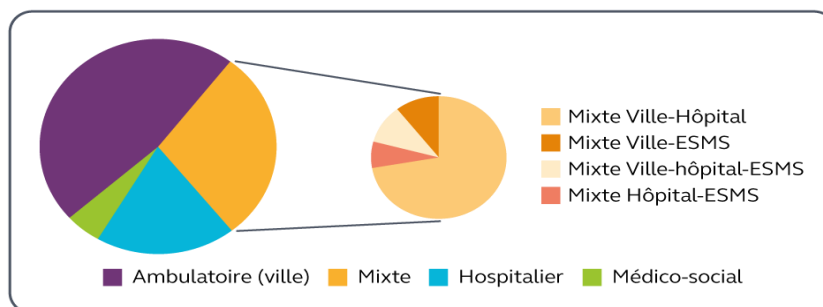
La gouvernance nationale du dispositif de « l'article 51 »

Une rapporteure générale assure le pilotage, le suivi et la coordination nationale du dispositif. Elle anime un « comité technique de l'innovation en santé » (Ctis), composé de huit membres¹⁶², qui émet un avis sur ces expérimentations, leur mode de financement ainsi que leurs modalités d'évaluation et détermine leur champ d'application territorial.

Un « conseil stratégique »¹⁶³ (Csis) a un rôle d'information de l'ensemble des parties prenantes du système de santé.

De 2018 à fin 2022, 122 projets ont été sélectionnés parmi 1 073 dossiers de candidature déposés.

Graphique n° 16 : répartition des expérimentations à fin 2022



Source : Rapport d'activité au Parlement 2022, article 51 de la LFSS pour 2018

¹⁶¹ Les modalités de recueil sont à améliorer, au vu du faible taux de réponse des patients.

¹⁶² Équipe dédiée composée de personnels mis à disposition par l'assurance maladie, le ministère chargé de la santé et par les agences régionales de santé.

¹⁶³ Le Csis, présidé par le ministre de la santé, réunit chaque année les 62 membres représentant la diversité des acteurs de la santé. Il est chargé de se prononcer sur les grandes orientations du dispositif et de formuler des avis en vue de la généralisation des expérimentations.

2 - Des règles de rémunérations dérogatoires pour inciter les professionnels à travailler ensemble

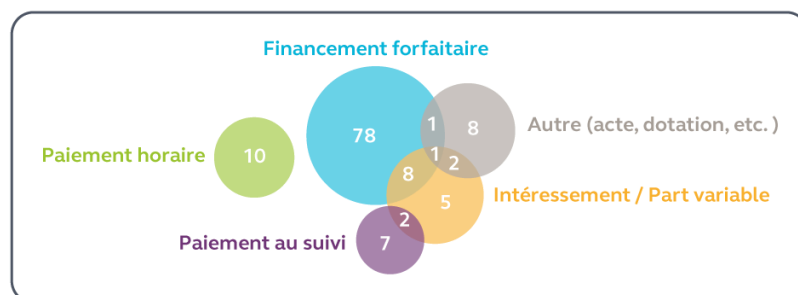
Ce cadre dérogatoire a pour but d'encourager les professionnels de santé, parties prenantes des expérimentations, et les partenaires institutionnels (assurance maladie et directions du ministère de la santé) à adopter une approche transversale des enjeux de santé sans être bloqués par les règles de financement habituelles. À la différence du cadre général de fonctionnement de l'offre de soins, il permet des financements partagés entre établissements de santé et professionnels de santé libéraux, les financements des soins de ville et de l'hôpital étant habituellement distincts et étanches.

Un levier de la réforme du financement prévue par la stratégie « Ma santé 2022 »

L'article 51 s'est inscrit dans le cadre de la préparation de la réforme du financement, au sein de la stratégie « Ma santé 2022 ».

La quasi-totalité des expérimentations comportent des innovations en matière de financement, qu'il s'agisse du champ des prises en charge partagées (notamment entre la ville et l'hôpital) ou de nouvelles modalités de rémunération des soins réalisés en ville (notamment concernant l'intervention conjointes de plusieurs professionnels libéraux). La rémunération forfaitaire pluriprofessionnelle et collective d'une séquence de soins, en substitution à la rémunération à l'acte de chaque professionnel considéré séparément, concerne plus des deux tiers des projets. La répartition du forfait entre les professionnels a nécessité une seconde dérogation introduite par la loi du 27 juillet 2019.

Graphique n° 17 : les nouveaux modes de financement testés (en nombre d'expérimentations)



Source : ministère de la santé et de la prévention

À titre d'exemple, l'expérimentation « Équilibres »¹⁶⁴ introduit de nouvelles pratiques professionnelles pour les infirmières, avec un paiement au temps passé auprès du patient qui se substitue au paiement à l'acte. Dans l'expérimentation « CoPa¹⁶⁵ », le déplacement à domicile d'un auxiliaire puériculteur hospitalier est coordonné avec celui d'un professionnel sage-femme libéral. Ces interventions combinées sont rémunérées de manière forfaitaire, avec un partage de rémunération entre les deux professionnels.

3 - Un pilotage financier structuré mais incomplet

Jusqu'en 2018, les pouvoirs publics ne disposaient pas d'une vision consolidée du coût des nombreuses expérimentations engagées ni sur le plan national, ni sur le plan régional. En effet, le plus grand nombre était financé dans les régions par les fonds d'intervention régionaux (FIR)¹⁶⁶ gérés par les ARS, sans qu'un suivi national, exhaustif et consolidé, puisse être réalisé.

La création en 2018 d'un fonds pluriannuel pour l'innovation du système de santé (Fiss)¹⁶⁷ a permis de réserver, au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), une enveloppe destinée au financement des dépenses relatives aux expérimentations « article 51 », qu'il s'agisse, à titre principal, de nouveaux modes de rémunération, remédiant à l'étanchéité des enveloppes de financement entre soins de ville et hôpital, ou de dépenses d'amorçage et d'ingénierie nécessaires aux expérimentations nationales¹⁶⁸.

Cependant, des expérimentations ont été engagées depuis 2018 en dehors du cadre relevant de l'article 51.

¹⁶⁴ Équipes d'infirmières libres et responsables. Le projet est inspiré du modèle *Buurtzorg* ayant fait ses preuves aux Pays-Bas.

¹⁶⁵ CoPa (« coaching parental ») teste une nouvelle forme d'aide aux parents durant le parcours périnatal.

¹⁶⁶ Créé par l'article 65 de la LFSS de 2012 par regroupement de crédits auparavant dispersés, les crédits FIR constituent un sous-objectif de l'Ondam depuis 2014. La responsabilité du choix des actions et des montants alloués relève des ARS afin de mieux prendre en compte les besoins spécifiques de chaque territoire.

¹⁶⁷ LFSS du 30 décembre 2017.

¹⁶⁸ Les dépenses d'amorçage et d'ingénierie des projets régionaux sont imputées sur le FIR. Au sein du FIR, ces dépenses s'élèvent à 13 M€, ce qui représente 31 % des dépenses totales d'amorçage et d'ingénierie au titre de « l'article 51 ».

L'engagement d'expérimentations hors dispositif de « l'article 51 »

Depuis 2018, une vingtaine d'expérimentations ont été autorisées par des lois de financement de sécurité sociale, en dehors du cadre expérimental prévu par « l'article 51 », sans logique apparente : ces expérimentations comportent une dimension organisationnelle et financière et auraient logiquement dû être évaluées dans les mêmes conditions que celles de « l'article 51 »¹⁶⁹. À titre d'exemple, les expérimentations d'accès direct aux orthophonistes, aux masseurs kinésithérapeutes ou aux infirmières en pratique avancée (IPA), prévues par la LFSS pour 2022, concernent la place et les prérogatives de ces professionnels de santé dans le système de soins et auront nécessairement des conséquences financières, ce qui les différencie peu des expérimentations de « l'article 51 ».

Chaque expérimentation fait l'objet d'un cahier des charges et d'une convention qui détaille le montant annuel des financements autorisés. Le total des dépenses prévisionnelles (jusqu'en 2026) des projets aujourd'hui autorisés atteint 511 M€. De 2018 à 2022, les dépenses effectives cumulées se sont élevées à 180 M€. Ce montant est à comparer aux 323 M€ de dépenses prévisionnelles inscrites sur la même période dans les cahiers de charges de l'ensemble des expérimentations, soit un taux de réalisation de 56 %.

Ce rythme de dépenses reflète le caractère progressif de la montée en charge des expérimentations, lié à plusieurs facteurs parmi lesquels la crise sanitaire, des phases de démarrage des expérimentations plus longues que prévu et un nombre de patients inclus inférieur à celui attendu.

4 - Un dispositif évaluatif organisé mais fragile

Le modèle d'évaluation de « l'article 51 » fait intervenir trois critères¹⁷⁰ : la faisabilité, l'efficacité et la reproductibilité. Pour mesurer l'atteinte des objectifs initialement fixés par les porteurs de projets, il est parfois nécessaire d'apparier les données des patients, issues des systèmes d'information des professionnels intervenant dans l'expérimentation, avec les données issues du système national de données de santé (SNDS).

¹⁶⁹ Rapport Igas, *Expérimentation de l'accès direct aux actes de masso-kinésithérapie*, février 2022.

¹⁷⁰ Cnam-Drees, *Guide méthodologique de l'évaluation des projets*, 2019.

**Une analyse de la recevabilité des projets et leur évaluation
autour trois grands critères¹⁷¹**

La faisabilité et l'effectivité du montage expérimental : il s'agit de s'assurer de la capacité des acteurs à élaborer et faire fonctionner les dispositifs conformément au modèle envisagé et à structurer les organisations innovantes, mais aussi d'observer la manière dont celles-ci modifient durablement les pratiques professionnelles et les prises en charge.

Les conséquences de ces organisations dans différentes dimensions : il s'agit de mesurer l'effet des mesures expérimentées sur les patients ou usagers, sur les conditions de travail des professionnels, sur la qualité et la pertinence des soins et des prises en charges, sur les dépenses de santé et sur la recomposition de l'offre de soins. L'évaluation économique vise à mettre en regard la dépense engendrée avec le niveau d'atteinte des objectifs.

La reproductibilité : il s'agit de mesurer la capacité de l'expérimentation à donner naissance à un modèle systémique et structurant de l'offre ou l'organisation des soins, et sa possible duplication à des échelles territoriales plus larges.

Chaque projet doit faire l'objet d'une évaluation systématique et indépendante. Une cellule d'évaluation des projets réunit les équipes du ministère (Drees) et de la Cnam. Elle supervise les travaux d'évaluation depuis l'autorisation des projets jusqu'à la remise de leur évaluation finale, réalisés par des prestataires externes¹⁷². Cette cellule suit simultanément plus d'une centaine d'évaluations. Sa capacité à produire dans les délais impartis des évaluations de qualité, première étape obligée de la sortie du temps de l'expérimentation, est cependant incertaine¹⁷³.

L'obtention de l'autorisation d'accès aux données indispensables aux évaluations a nécessité de très nombreux échanges avec la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), en raison de la complexité du dossier. La décision attendue pour janvier 2022 a été accordée en juin 2022¹⁷⁴, ce qui a conduit à resserrer les délais, déjà très courts, de réalisation des certaines évaluations.

¹⁷¹ Cnam, Drees, *Note cadre d'évaluation des expérimentations dans le cadre du dispositif d'innovation en santé (article 51 de la LFSS 2018)*. Janvier 2018.

¹⁷² Ils sont sélectionnés selon des procédures de marchés publics réalisée par la Cnam, principalement un accord cadre. Les évaluations développées en-dehors de l'accord-cadre concernent les trois projets Peps, Ipep, EDS, compte tenu des enjeux et de leur complexité qui s'y attachent, et certaines expérimentations qui préexistaient à « l'article 51 ». L'évaluation d'EDS est réalisée par un consortium EHESP-Sc.Po-Hospinomics, Ipep et Peps par l'Irdes. La Cnam a engagé vis-à-vis de deux des cabinets de consultants une procédure de « titulaire défaillant » en raison de la qualité estimée insuffisante de leurs travaux. La procédure est close.

¹⁷³ Dans un rapport commandité par la Cnam, deux experts relevaient dès 2020 l'insuffisance de l'effectif de cette cellule pour assurer l'évaluation des projets en cours et à venir ; cf. Mme Christine Meyer, Pr Jean-Claude Moisdon, Rapport de mission : *Mise en place et suivi de la procédure d'évaluation « article 51 »*, octobre 2020.

¹⁷⁴ Délibération n° 2022-072 du 23 juin 2022, portant décision unique et autorisant la Cnam et le ministère de la santé et de la prévention (Drees) à mettre en œuvre des

II - Une priorité à accorder désormais à la sélection des innovations pertinentes et à la préparation de leur généralisation

L'intérêt suscité auprès des porteurs de projets innovants par le cadre de l'article 51 constitue en soi une forme de réussite. Pour autant, le nombre très élevé d'expérimentations, qui ne pourront pas toutes être généralisées, amène à s'interroger sur la stratégie d'ensemble et sur le mode de gestion du dispositif. La sortie du champ expérimental, qui n'est, pour l'essentiel, pas encore engagée plus de quatre ans après le lancement du dispositif, constitue désormais l'étape prioritaire.

A - Une stratégie et des modalités de suivi à redéfinir

1 - Le choix délibéré d'un grand nombre d'expérimentations disparates, sans stratégie suffisamment définie

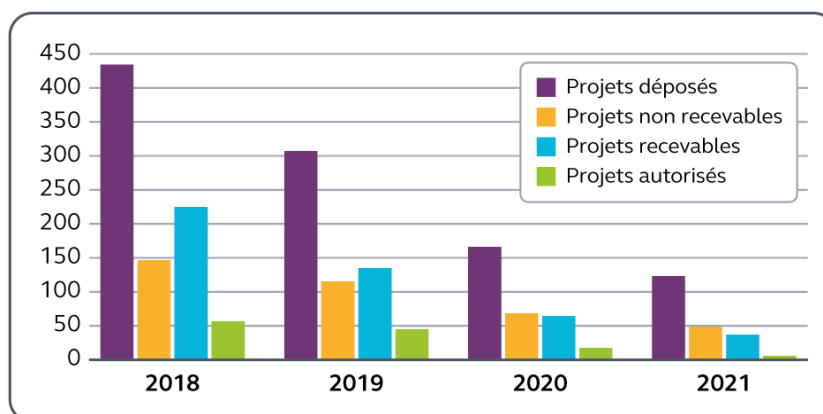
En janvier 2019, face au nombre réduit de projets autorisés (trois), la ministre de la santé a demandé aux directeurs d'ARS d'intensifier le mouvement engagé afin que plusieurs expérimentations aient été engagées dans chaque région avant la fin de l'année 2019. À la suite de cette mobilisation, le nombre de projets présentés a fortement augmenté¹⁷⁵. Cette dynamique est à l'origine de l'important volume de projets actuellement autorisés. La part des projets autorisés a été multipliée par cinq entre 2018 et 2021.

Afin de ne pas écarter *a priori* des initiatives de terrain, les pouvoirs publics ont décidé de ne déterminer ni thématique prioritaire ni nombre maximal de projets à autoriser, au-delà des quelques grandes orientations fixées par la stratégie nationale de santé et les plans nationaux (santé mentale, structuration des soins primaires, maladies chroniques, décloisonnement de la prise en charge, personnes âgées et handicapées, pertinence et qualité des soins). Les projets à portée nationale sont examinés par le cabinet du ministre au fur et à mesure de leur arrivée, sans vision globale ni comparative entre eux.

traitements automatisés à des fins d'évaluation des expérimentations au titre de l'article 51 de la loi n° 2017-1836 de LFSS pour 2018. Il convient de souligner le caractère innovant de cette autorisation, qui vaut pour l'ensemble des expérimentations de « l'article 51 ».

¹⁷⁵ De nombreux projets qui consistaient soit en des demandes de subvention soit à des projets de recherche n'ont pas été retenus car ils ne répondaient aux critères de dérogation.

Graphique n° 18 : dynamique de dépôt et d'autorisation des projets depuis 2018 (en nombre de projets)



Source : Cour des comptes, à partir des rapports annuels d'activité au Parlement

Les expérimentations autorisées sont très variées en termes de taille, de délai¹⁷⁶, de territoire de déploiement, de ressources mobilisées, d'objet, d'organisation et de financement ; certaines semblent se faire concurrence. À titre d'exemple, 16 expérimentations portent sur les personnes âgées ; 11 sur l'obésité ; 13 sur la santé mentale.

2 - Quelques expériences particulièrement prometteuses

Les expérimentations « article 51 » préparent deux grandes voies d'évolution des modes de financement : d'une part, des prises en charge forfaitaires pour une meilleure coordination d'une séquence de soins, intégrant des prestations de soins ou des services qui n'étaient jusqu'à présent pas remboursés ; d'autre part, des approches novatrices, comme les expérimentations « paiement en équipe de professionnels de santé » (Peps), « incitation à une prise en charge partagée » (Ipep), « épisode de soins » (EDS), favorisant des prises en charge intégrées et donnant une part plus importante à la rémunération de la qualité et de l'efficacité. D'autres expérimentations apparaissent également très innovantes, comme « *Équilibres* », relative au paiement horaire des infirmiers, ou « *Pharma Osys* », recourant aux pharmaciens d'officine pour apporter une réponse de premier recours à des situations identifiées.

¹⁷⁶ 46 % des expérimentations ont une durée de moins de trois ans ; 54 % de trois à cinq ans.

Trois expérimentations structurantes en matière de rémunération des soignants

L'expérimentation « Épisode de soins » (EDS) teste une rétribution forfaitaire sur la base d'un ensemble continu de soins, alternative à la tarification à l'activité et au paiement à l'acte. Ont été ciblées trois prises en charge chirurgicales¹⁷⁷. EDS vise l'inclusion de 23 347 patients (17 527 inclus en octobre 2022) pour un coût total estimé de 36,6 M€.

L'expérimentation « Paiement en équipe de professionnels de santé » (Peps) consiste à rémunérer un ensemble de professionnels de santé exerçant en structure d'exercice coordonné, de manière globale et collective, en les laissant libres de l'utilisation et de la répartition de cette rémunération forfaitaire, en substitution au paiement à l'acte. Peps vise à inclure 74 982 patients (54 480 inclus en octobre 2022) pour un coût total estimé de 15 M€.

L'expérimentation « Incitation à une prise en charge partagée » (Ipep) vise à inciter collectivement des professionnels de santé volontaires à s'organiser en groupements, pour mettre en place des actions au service de la population : amélioration de l'accès aux soins, de la coordination des prises en charge, de la pertinence des prescriptions médicamenteuses, des actions de prévention. Les groupements pourront recevoir un intéressement collectif en fonction de leur performance, mesurée à partir d'indicateurs de qualité, de l'expérience du patient et de la maîtrise des dépenses. Trente groupements ont été constitués¹⁷⁸, représentant 480 000 patients pour un coût total, complémentaire au paiement à l'acte, estimé à 22,4 M€.

Autorisées en juillet 2019, ces trois expérimentations sont prévues pour une durée de cinq ans. La complexité de leur modélisation laisse penser qu'un report de ce terme n'est pas à exclure.

3 - Une nécessaire revue sélective des projets

Le grand nombre d'expérimentations autorisées rend complexe le tri permettant d'identifier ceux des dispositifs dérogatoires susceptibles d'entrer dans le droit commun.

Le recours à de nouvelles expérimentations devrait désormais être particulièrement sélectif. En tout état de cause, il ne devrait pas être un prétexte pour différer les décisions de modification du cadre législatif ou réglementaire nécessaires à la généralisation de celles des expérimentations déjà engagées, et dont la pertinence ne fait pas de doute.

¹⁷⁷ En orthopédie : la prothèse totale de genou et celle de la hanche ; en chirurgie digestive : la colectomie programmée pour cancer.

¹⁷⁸ Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), MSP, centres de santé, groupements hospitaliers de territoire (GHT), CHU ou CH, dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

Des critères de sélection à définir

Tout en continuant à encourager les initiatives locales, le choix des expérimentations autorisées mérite d'être davantage guidé par la stratégie à servir et accompagné de critères de sélection déterminés à cet effet. Ainsi, il pourrait être envisagé de cibler les nouveaux projets sur des thèmes ou des besoins non couverts, de définir la part réservée aux expérimentations à l'initiative des acteurs et celle laissée aux projets ministériels et d'étudier l'intérêt de maintenir une réception des projets au fil de l'eau. Les expérimentations dont les effets attendus sont les plus structurants pour le système de santé pourraient ainsi être privilégiées.

La poursuite ou l'arrêt des expérimentations dont les conditions de mise en œuvre ne sont pas satisfaisantes devraient être décidés, au regard de critères à définir tels que l'insuffisance du nombre de patients inclus¹⁷⁹. Ainsi, l'expérimentation de forfait de réorientation des urgences¹⁸⁰ n'a inclus, au bout de 22 mois, que 18 % des patients prévus. La poursuite de cette expérimentation pourrait, en outre, être réexaminée compte tenu des évolutions intervenues depuis 2020. En effet, dans un contexte d'accroissement des tensions aux urgences, de nouvelles mesures ont été prises afin de réduire la venue spontanée de patients aux urgences.

De manière générale, il serait opportun de réexaminer l'ensemble des projets au regard des évolutions intervenues sur le plan réglementaire, législatif ou conventionnel et de décider, selon le cas, l'arrêt sans suite de l'expérimentation, sa poursuite jusqu'à son terme ou sa généralisation immédiate.

Enfin, compte tenu du grand nombre d'expérimentations dont les objets sont proches, une analyse plus transversale des évaluations est nécessaire. La préparation de la sortie du cadre expérimental ne devrait pas être traitée au cas par cas, mais au vu d'un ensemble de résultats issus d'expérimentations de dispositifs présentant des caractéristiques communes ou interagissant les uns avec les autres.

Des évaluations communes d'innovations de même nature

En 2020, des groupes d'experts ont été constitués pour réaliser des évaluations regroupées de plusieurs expérimentations : c'est le cas de la télésurveillance (huit expérimentations) et de l'obésité (onze expérimentations). Cette approche mérite d'être développée pour d'autres expérimentations, portant par exemple sur la même pathologie ou la même population ou une composante transversale commune (organisationnelle, technologie de santé, etc.).

¹⁷⁹ L'examen des projets laisse apparaître des situations disparates. Ainsi le projet « Topase », autorisée en août 2020, et ayant démarré en décembre 2021 n'incluait aucun patient en octobre 2022 ; « SPADepress », autorisée en janvier 2020 et démarrée à la même date, 13 % seulement.

¹⁸⁰ Autorisée en janvier 2020, elle a démarré en janvier 2021. Son échéance initialement prévue au 31 janvier 2022 a été reportée au 30 avril 2023.

B - Une sortie du cadre expérimental à préparer

Cinq ans après le lancement du programme d'expérimentations relevant de « l'article 51 », deux principaux écueils sont à éviter. Le premier serait de poursuivre les expérimentations de manière prolongée sans échéance précise, au risque de ne pas aboutir à des transformations effectives et générales des organisations en santé, tout en dépassant l'enveloppe financière autorisée. Le second serait de gérer les évolutions du droit commun expérimentation par expérimentation, sans perspective globale, sans méthode générale d'accompagnement des professionnels de santé et sans maîtrise de l'impact sur les dépenses d'assurance maladie.

Pour réussir l'étape essentielle de la sortie du champ expérimental par des généralisations sélectives, il convient de clarifier les objectifs stratégiques poursuivis et d'assoir les décisions de généralisation sur un bilan rigoureux de l'expérimentation, identifiant les améliorations attendues en matière de prise en charge des patients et d'impact net sur les dépenses d'assurance maladie.

1 - Une réflexion sur les modalités de sortie encore embryonnaire

À ce jour, seules cinq expérimentations¹⁸¹ sont arrivées à échéance et une seule a été arrêtée, à la demande du porteur. Parmi les 122 expérimentations engagées, 35 arriveront à échéance en 2023 et 38 en 2024.

En 2021, la LFSS pour 2022 a intégré des dispositions permettant de préparer la généralisation pour deux expérimentations lancées avant 2018 et réintégrées dans le dispositif « *article 51* »¹⁸².

Cependant, préparer la généralisation de l'ensemble des expérimentations considérées comme réussies nécessite de définir une méthode de travail ainsi qu'un pilotage très anticipé par rapport aux échéances. Cela suppose notamment de disposer du rapport d'évaluation avant la fin de l'expérimentation, à l'instar du dispositif *France expérimentations*¹⁸³. Or, dans le cas de « *l'article 51* », le législateur a

¹⁸¹ Trois expérimentations antérieures à l'article 51 et réintégrées : Paerpa, MRTC et Ecout'Emoi ; deux expérimentations natives de l'article 51 : Depist'C Pharma et T3T auxquelles il n'a pas été donné suite, au vu des résultats non probants. À la demande de son porteur, l'expérimentation de parcours de périnatalité coordonné ville-hôpital a été arrêtée de manière anticipée.

¹⁸² « Mission Retrouve ton Cap », qui permet aux enfants de bénéficier d'une prise en charge précoce et pluridisciplinaire, initialement lancée en 2016 par la Cnam ; « Ecout'Emoi », qui permet une prise en charge le plus en amont des jeunes en situation de souffrance psychique grâce à un meilleur accès aux psychologues, initialement lancée en 2021 par la DGS.

¹⁸³ *France expérimentations*, lancé en 2016, est un dispositif interministériel qui permet de lever des blocages juridiques entravant la réalisation de projets innovants d'acteurs économiques (entreprises, associations, etc.), grâce à la mise en place de dérogations, à titre expérimental. Porté par la direction interministérielle de la transformation publique

prévu une restitution du rapport final d'évaluation, six mois au plus tard¹⁸⁴ après la date de fin de l'expérimentation, créant ainsi le risque d'une interruption avant l'éventuelle entrée du dispositif expérimenté dans le droit commun. Une mesure législative introduite dans la LFSS pour 2022¹⁸⁵ rend possible le maintien de l'expérimentation en condition opérationnelle, pour un délai maximal de 18 mois supplémentaires.

2 - Des arbitrages à préparer

L'élaboration d'une stratégie de généralisation est d'autant plus urgente que 35 expérimentations arriveront à terme en 2023 et que le processus a été engagé depuis presque cinq ans sans qu'il se soit traduit par des transformations visibles.

Trois issues possibles sont envisageables pour une expérimentation. La première consiste à tester un passage à plus grande échelle tout en restant dans un cadre expérimental, en particulier pour les expérimentations de petite taille. Celui-ci pourrait être combiné à un nouveau cahier des charges et associer des expérimentations proches, réorientées à cette occasion. La deuxième consiste à autoriser l'entrée dans le droit commun, de manière plus ou moins modulée ou progressive, à travers des évolutions législatives, réglementaires ou des conventions entre l'assurance maladie et les professionnels de santé. Enfin, la troisième modalité consiste à décider l'arrêt, au vu d'évaluations négatives.

Le choix des dispositifs à généraliser et la méthode pour y procéder doivent résulter d'une évaluation globale, s'appuyant sur les critères, déjà mentionnés, de reproductibilité, de faisabilité et d'efficacité. L'impact de la généralisation sur l'organisation du système de santé et sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie doit être en particulier être pris en compte.

3 - Une méthode à définir et un processus à piloter

Les travaux de généralisation qui relèvent de la compétence de chaque direction du ministère et de la Cnam devraient être conduits sous l'autorité d'une structure de coordination.

Les actions à engager concernent en particulier les systèmes d'information, l'évolution des compétences et des métiers, la formation et la coordination.

(DITP) et la direction générale des entreprises (DGE), *France Expérimentation* permet de tester des besoins d'adaptation de normes aux innovations.

¹⁸⁴ Dans la pratique, le CTIS demande dans la mesure du possible aux cabinets d'évaluation de transmettre leur rapport final trois mois avant la fin de l'expérimentation.

¹⁸⁵ Article 80 de la LFSS pour 2022.

Les chantiers à venir, dont certains ont déjà été identifiés par le Hcaam¹⁸⁶, auraient dû faire l'objet d'une programmation et d'un pilotage resserré bien avant l'échéance des expérimentations, ce qui aurait raccourci la phase de préparation d'entrée dans le droit commun. À titre d'exemple, les deux expérimentations « Candiss » et « MyDiabby » qui réorganisent le suivi et les soins des femmes enceintes diabétiques grâce à la télésurveillance, ont été prolongées du fait du retard pris pour autoriser la télésurveillance de manière générale.

Les enseignements tirés de la mise en œuvre des expérimentations permettent de cerner les travaux d'envergure qui restent encore à engager pour préparer l'entrée dans le droit commun.

Ainsi, des prérequis techniques et juridiques à atteindre ont d'ores et déjà été repérés par la Cnam¹⁸⁷. Trois principaux chantiers à engager sans tarder ont été identifiés pour préparer la phase de déploiement des trois expérimentations structurantes sur les rémunérations (Peps, Ipep et EDS). Il s'agit du développement d'un cadre de tarification des forfaits, reposant sur l'élaboration d'une nomenclature nouvelle permettant, notamment, de décrire le plus grand nombre possible de forfaits selon des règles communes permettant notamment l'intervention financière des complémentaires de santé¹⁸⁸ ; de l'évolution du cadre juridique pour prévoir et préciser le rôle des structures qui auront à répartir les forfaits reçus entre les professionnels de santé mobilisés ; enfin, de l'adaptation des systèmes d'information pour mettre en œuvre les forfaits.

L'adaptation nécessaire des systèmes d'information

La parcellisation des systèmes d'information en santé et leur insuffisante interopérabilité continuent de freiner le partage d'informations nécessaires pour assurer le suivi continu du patient et la coordination renforcée des interventions des différents professionnels. Une adaptation des systèmes d'information est indispensable, freinée jusqu'ici par les stratégies des éditeurs de logiciels et les limites des stratégies régionales du numérique en santé, qui ont abouti à une grande disparité des modes opératoires et des outils.

Comme le prévoit la stratégie du numérique en santé¹⁸⁹, l'État doit donc veiller à la définition et à la mise en œuvre effective d'un cadre général de normes, pour faciliter les évolutions des systèmes d'information nécessaires au déploiement de nouveaux modes d'organisation et de financement des soins.

¹⁸⁶ Hcaam, *Contribution à la stratégie de transformation du système de santé*, 2018.

¹⁸⁷ Cnam, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2023*, juillet 2022.

¹⁸⁸ En dehors du paiement à l'acte et de la prise en charge du ticket modérateur, il n'existe pas de processus organisé de participation financière des complémentaires de santé, l'assurance maladie étant jusqu'ici le seul financeur des expérimentations.

¹⁸⁹ Ministère de la Santé et de la solidarité, *Feuille de route « accélérer le virage numérique »*, 2019 ; *Stratégie d'accélération « santé numérique »*, 2021.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Présenté comme une rupture avec les pratiques expérimentales antérieures, « l'article 51 » constitue en soi une innovation : par l'approche intersectorielle qu'il couvre pour répondre en particulier aux enjeux de financement partagé entre les acteurs hospitaliers et de soins primaires, par l'encouragement des pratiques collaboratives qu'il porte, et notamment la collaboration inédite entre les services de l'État et de l'assurance maladie, par la méthode de soutien aux porteurs qu'il déploie, enfin par l'évaluation systématique de chaque projet.

Cependant, au vu du grand nombre de projets, l'évaluation des résultats de ces expérimentations et, surtout, l'identification de celles destinées à être généralisées constituent des étapes essentielles, qui restent à franchir. Par ailleurs, l'anticipation des travaux nécessaire à la sortie du cadre expérimental et à la généralisation a jusqu'ici largement fait défaut. L'enjeu est donc désormais, face à la vague d'expérimentations devant arriver à échéance en 2023 et 2024, de réussir la sortie du cadre expérimental et d'engager sans tarder les chantiers d'entrée dans le droit commun, dont la finalité est de répondre aux défis auxquels est confronté le système de santé.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes (ministère de la santé et de la prévention) :

- 12. limiter le flux d'entrée de nouveaux projets, en s'assurant qu'ils correspondent aux orientations prioritaires ;*
 - 13. procéder à une analyse globale de l'évaluation des expérimentations relevant d'une même thématique et des impacts qui en résulteraient sur le système de santé et les dépenses d'assurance maladie avant de décider de leur généralisation ;*
 - 14. prévoir la généralisation anticipée des expérimentations les plus prometteuses et l'arrêt avant leur terme de celles n'ayant pas répondu aux attentes ;*
 - 15. identifier, dès la mise en œuvre des expérimentations, les conditions pratiques de leur généralisation, notamment en matière de compétences attendues des professionnels de santé ou d'évolution des systèmes d'information de prise en charge des patients et de facturation des soins ;*
 - 16. organiser la conduite des chantiers de généralisation des expérimentations dans un cadre coordonné entre les services de l'État et ceux de l'Assurance maladie.*
-

Chapitre V

Les Samu et les Smur, des évolutions

en cours à poursuivre

PRÉSENTATION

Les services d'aide médicale urgente (Samu¹⁹⁰) sont des centres de réception et de régulation des appels ou centres-15, chargés de l'aide médicale urgente et débouchant sur un conseil médical téléphonique, l'envoi d'un transport sanitaire urgent non médicalisé ou de structures mobiles d'urgence et de réanimation (Smur). Ces dernières sont des équipes mobiles hospitalières¹⁹¹ dotées d'un véhicule et de matériel de réanimation. Elles ont été créées dans les années 1950, afin de porter assistance aux accidentés de la route ou de transférer des patients atteints de poliomyélite entre établissements.

Les Samu se sont initialement développés pour coordonner l'activité des Smur, puis ont progressivement vu leurs missions s'élargir. Dans les années 1990, en complément de l'organisation de la prise en charge des personnes pour lesquelles une fonction vitale était en jeu, la régulation médicale a commencé à orienter les patients vers le service d'urgence le plus adapté à leur pathologie¹⁹². Parallèlement, une part croissante des demandes de soins relevant de la médecine de ville s'est déportée vers les services d'urgence, notamment du fait du manque de disponibilité des professionnels libéraux.

Les Samu se sont donc fortement éloignés de la conception qui avait présidé à leur création ; ils contribuent désormais à faciliter l'accès aux soins non programmés de ville, en visant à éviter des passages aux urgences (I). Cet élargissement considérable de leurs missions pose la question de leur organisation, notamment au regard de la maîtrise des risques présentés par leur activité, des outils qui sont à leur disposition et de leur pilotage (II).

¹⁹⁰ Article L. 6311-2 du code de la santé publique.

¹⁹¹ Cette équipe doit comprendre au moins un médecin, un infirmier et un conducteur ou pilote selon l'article D. 6124-13 du code de la santé publique.

¹⁹² En 1993, le professeur Steg indiquait, dans un rapport présenté au nom de la section des affaires sociales du Conseil économique et social, que les services d'urgence devaient être moins nombreux, plus spécialisés et adossés à des plateaux techniques, afin de garantir une prise en charge de qualité. Il fallait alors généraliser les Samu-Smur sur le territoire pour orienter les patients dans de bonnes conditions.

Chiffres clés en 2021

100 Samu départementaux répondent à 27,8 millions d'appels et réalisent 14,2 millions de dossiers de régulation médicale, dont près de 40 % relevant de l'offre de soins non programmés.

460 sites hospitaliers comprennent un Smur et réalisent 750 000 sorties, dont environ 130 000 qui n'ont pas été suivies d'un transport médicalisé.

Le coût des Samu-Smur s'élève à environ 1,20 Md€¹⁹³.

¹⁹³ En 1993, le professeur Steg indiquait dans un rapport que les services d'urgence devaient être moins nombreux, plus spécialisés et adossés à des plateaux techniques, afin de garantir une prise en charge de qualité. Il fallait alors généraliser les Samu-Smur sur le territoire pour orienter les patients dans de bonnes conditions levait à 333 M€.

I - Une adaptation récente de l'aide médicale urgente à l'évolution des demandes de soins

Depuis la création des Samu-Smur, les besoins et les demandes de soins de la population ont fortement évolué¹⁹⁴, suite à l'émergence de nouvelles habitudes de consommation de soins et à une modification de l'offre de soins de premier recours, notamment depuis la suppression de l'obligation de garde des médecins libéraux en 2003¹⁹⁵. Ces changements affectent la nature et le volume des appels adressés aux Samu.

A - Une forte augmentation de l'activité et ses conséquences sur les transports ambulanciers privés

1 - Une forte augmentation des besoins de prise en charge

Entre 2014 et 2021, le nombre d'appels reçus¹⁹⁶ par les Samu est passé de 26 à 32,3 millions, soit une augmentation de 22 %. Dans environ un cas sur deux, lorsque la situation médicale de la personne le justifie, le Samu ouvre un dossier pour enregistrer les éléments permettant de tracer l'appel, ses circonstances et les suites qui lui ont été données. Sur la même période, le nombre de dossiers de régulation médicale ainsi créés a augmenté de 38 %.

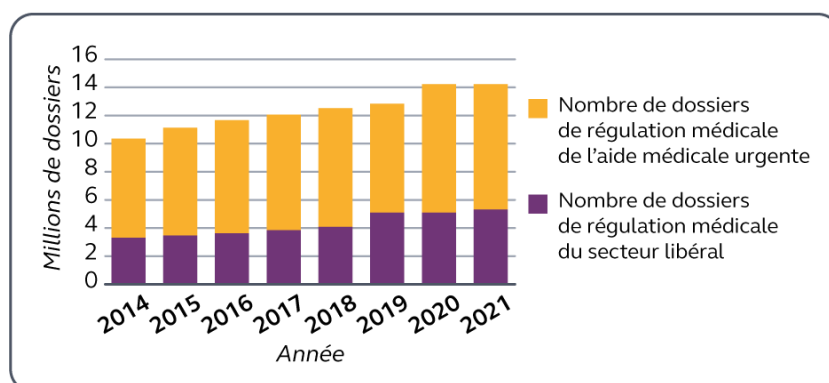
Les diagnostics posés par les médecins régulateurs des Samu ne sont ni harmonisés ni colligés au niveau national, ce qui ne permet pas d'apprécier l'activité des Samu selon les motifs médicaux de prise de charge, mais seulement selon les suites données à un appel¹⁹⁷. L'analyse de ces dernières permet cependant de faire ressortir les deux principales causes de cette augmentation.

¹⁹⁴ OCDE, *Emergency care services Trends, drivers and interventions to manage the demand*, 2015.

¹⁹⁵ Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique

¹⁹⁶ En 2021, 27,8 millions d'appels ont été « décrochés », c'est à dire pris en charge par les équipes de régulation médicale. Sur les 32 millions d'appels reçus, 2,3 millions sont raccrochés par l'appelant en moins de 15 secondes et sont considérés comme une erreur ou un faux appel. Le différentiel entre les 30 millions restants et les 28 millions d'appels décrochés correspond au niveau de performance actuel des Samu, étudié dans la seconde partie du présent chapitre.

¹⁹⁷ Les suites données à un appel sont déduites de différentes bases de données : statistique annuelle des établissements (SAE), Cnam, statistique du ministère de l'intérieur et des outre-mer.

Graphique n° 19 : évolution de l'activité des Samu¹⁹⁸

Source : Cour des comptes à partir des données SAE

La première est la hausse des demandes de soins non programmés relevant d'une prise en charge par la médecine de ville, auxquelles répond la régulation de médecine libérale¹⁹⁹ organisée principalement au sein des Samu. Ces demandes représentent désormais la principale catégorie de dossiers de régulation médicale (38 % du total), en augmentation de 58 % entre 2014 et 2021.

La seconde est la croissance de la demande de soins urgents non vitaux, aboutissant à un transport sanitaire préhospitalier²⁰⁰ non médicalisé, qui représente plus de 37 % des dossiers de régulation médicale. En volume, le nombre de ces transports réalisés par des ambulanciers privés a augmenté de près de 46 % depuis 2014. Le nombre des sorties des Smur a, quant à lui, stagné sur la période, pour représenter 5 % des dossiers réalisés par la régulation de l'aide médicale urgente en 2021.

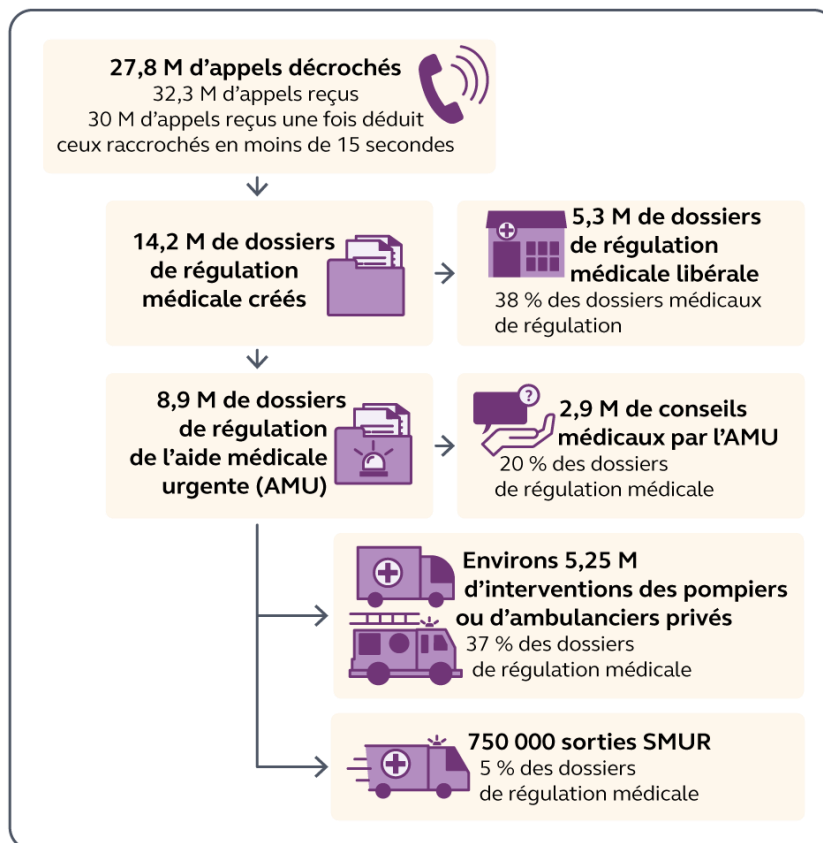
Le reste des dossiers de régulation (20 % du total), se sont conclus par de simples conseils médicaux donnés au téléphone aux personnes lors de leur appel.

¹⁹⁸ Le taux de réponse à l'enquête de la statistique annuelle des établissements, dont sont issues ces données, s'est amélioré sur la période, ce qui constitue un biais mais ne remet pas en cause la tendance générale à la hausse et les proportions présentées dans ce graphique.

¹⁹⁹ La régulation par un médecin libéral a été mise en place sur les plages horaires couvertes par la permanence des soins ambulatoires (PDSA), instituée à la suite de la suppression de l'obligation de gardes pour les médecins libéraux. D'après le rapport sur la PDSA 2021 du conseil national de l'ordre des médecins, elle est accessible dans 78 départements par le numéro d'appel 15 et n'est « déportée », c'est-à-dire réalisée depuis le cabinet médical ou le domicile d'un médecin, que dans 16 départements.

²⁰⁰ Ces transports sont assurés, dans 59 % des situations, par un véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV) des services départementaux d'incendie et de secours (Sdis) et, dans 41 % des cas, par une ambulance privée.

Schéma n° 2 : répartition et traitement des appels aux Samu



Sources : Cour des comptes à partir des données SAE, Cnam et statistiques du ministère de l'intérieur, 2021

2 - La difficile mobilisation des ambulanciers privés

L'organisation du transport sanitaire nécessite un bon niveau de coordination entre Samu, services départementaux d'incendie et de secours (Sdis) et ambulanciers privés. En dépit des efforts réalisés ces dernières années²⁰¹, cette coordination s'avère cependant insuffisante.

²⁰¹ En 2008, un référentiel relatif à l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente a été coconstruit par le ministère de l'intérieur et le ministère de la santé et des solidarités. Il a été évalué en 2014 puis en 2018, conjointement par l'Inspection générale de l'administration (IGA) et l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), et apprécié par un comité national de suivi du référentiel commun. En outre, des comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires, co-présidés par le préfet et par le directeur de l'agence régionale de santé (ARS), veillent à la coordination des acteurs.

En cas d'indisponibilité d'une ambulance privée, situation qualifiée « carence ambulancière », le Samu est contraint de recourir, par défaut, à un véhicule du service d'incendie et de secours²⁰². Un financement compensatoire est alors versé au Sdis. Il existe de fortes divergences entre Samu et Sdis sur le montant de cette compensation, liées à un désaccord sur le dénombrement de véhicules Sdis destinés à pallier les carences ambulancières²⁰³. Par ailleurs, ces dernières conduisent les opérateurs du Samu à consacrer un temps précieux à la recherche de solutions de transport. Cela ralentit l'envoi des secours et détériore donc la qualité de la prise en charge des personnes

Le nombre des carences est en augmentation constante depuis 2016, du fait de l'accroissement du nombre de demandes de régulation médicale auprès des Samu, mais aussi du désengagement progressif des entreprises privées. Les transporteurs privés délaissent, en effet, les demandes urgentes au profit des demandes programmées, plus simples à planifier et mieux rémunérées.

Une réforme récente des transports sanitaires urgents²⁰⁴ vise à garantir la rentabilité des transports urgents préhospitaliers et à obliger les entreprises de transports sanitaires à couvrir la plupart des territoires, 24 heures sur 24, en moins de trente minutes. Elle inclut notamment une nouvelle sectorisation des gardes ambulancières de nuit et de jour, la revalorisation de ces gardes avec la mise en place d'un revenu minimal garanti, ainsi que des pénalités en cas de non-respect des engagements pris.

Les agences régionales de santé (ARS) disposaient d'un délai s'achevant en novembre 2022 pour réorganiser le cadre régional des transports ambulanciers ; il est donc encore trop tôt pour évaluer les premiers effets de la réforme. Initialement, son coût avait été évalué à 80 M€ annuels. Il est en cours de réévaluation et pourrait augmenter *a minima* de 27 M€ compte tenu d'une nouvelle augmentation des plafonds d'heures de garde récemment décidée²⁰⁵.

²⁰² Pour les Sdis, les carences représentaient, en 2021, 8 à 15 % de leur activité de secours d'urgence à personne.

²⁰³ Il existe des divergences d'appréciation des carences. En 2021, les Samu en comptaient 358 000 (donnée DGOS) contre 610 000 pour les Sdis (statistique des services d'incendie et de secours).

²⁰⁴ Décret n° 2022-631 du 22 avril 2022 portant réforme des transports sanitaires urgents et de leur participation à la garde.

²⁰⁵ Igas, « *Évaluation des mesures dérogatoires portant sur les soins urgents et non programmés pour l'été 2022* », septembre 2022.

Cette réforme ayant pour but de diminuer le nombre des carences ambulancières, il conviendra de suivre la réalisation de cet objectif et de vérifier qu'il est effectivement atteint.

B - Une organisation des moyens qui n'est plus adaptée aux besoins

Alors que l'activité s'est fortement développée, la mission des Samu reposant sur le principe d'une prise en charge préhospitalière urgente et médicalisée, qui avait guidé leur mise en place, n'a jamais été mise à jour. Cette actualisation s'avère d'autant plus nécessaire que les médecins urgentistes²⁰⁶ sont de plus en plus sollicités.

Cela doit conduire à ajuster, là où c'est pertinent, les modalités de couverture du territoire par la régulation médicale et à trouver des alternatives à la médicalisation systématique de la prise en charge des patients.

1 - Une logique départementale jamais remise en cause

Les Samu et les Smur sont dimensionnés pour prendre en charge médicalement en tout point du territoire en moins de trente minutes un patient nécessitant des soins de réanimation là où il se trouve. À l'inverse, d'autres modèles internationaux privilégient un transfert rapide du patient à l'hôpital²⁰⁷.

Le maillage des Samu est départemental, ce qui induit l'existence d'une centaine de Samu²⁰⁸. Près de 460 sites hospitaliers disposent d'un Smur en 2021. Ce dispositif a été complété par des « *médecins correspondants du Samu* » (MCS)²⁰⁹, qui interviennent sur demande de la régulation médicale des Samu et qui sont en mesure d'arriver avant le Smur pour réaliser les premiers gestes de secours.

Ainsi, entre 2015 et 2019, la part de la population située à plus de trente minutes des structures d'urgence est passée de 1,6 à 1,2 %²¹⁰, soit une diminution d'un quart.

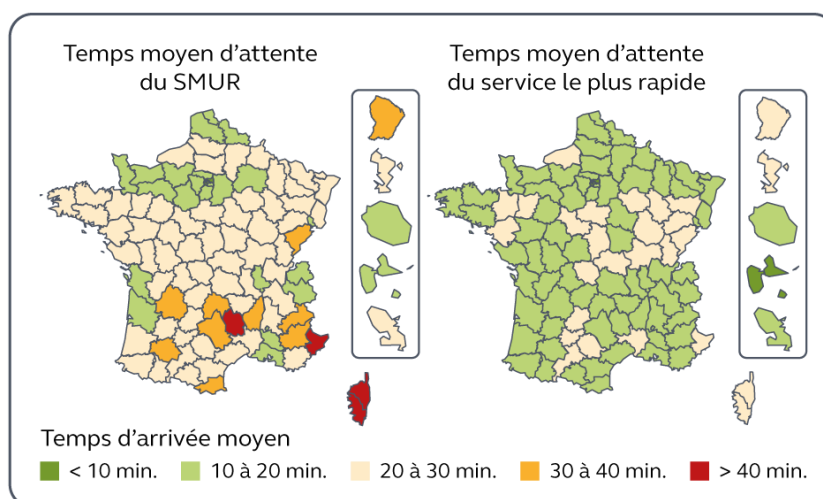
²⁰⁶ Outre l'augmentation des demandes de régulation médicale urgente, le nombre des passages aux urgences a fortement progressé (16 % entre 2016 et 2019, avant la crise sanitaire).

²⁰⁷ Exemple des Etats-Unis, avec les équipes de « *paramedics* ».

²⁰⁸ Chaque département dispose d'un Samu à l'exception de la Loire, des Pyrénées-Atlantiques et de la Seine-Maritime, qui ont deux Samu, et du Territoire de Belfort, de la Haute-Saône, du Jura et de la Nièvre qui sont régulés médicalement par le Samu d'un autre département.

²⁰⁹ Circulaire ministérielle DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences et instruction DGOS/R2/2013/228 du 6 juin 2013 visant à clarifier le cadre juridique et financier des médecins correspondants du Samu.

²¹⁰ Analyse issue des travaux coordonnés par la Drees en 2015 et 2019.

Carte n° 1 : accessibilité des soins urgents

Source : Cour des comptes à partir des données Drees 2019

2 - Des différences importantes de niveau d'activité selon les départements

Le niveau d'activité très hétérogène des Samu, d'un département à l'autre ou au sein d'un même département, conduit à s'interroger sur l'efficacité de cette organisation départementale rigide. Dans de nombreux cas, les moyens sont sous-utilisés. Ainsi, en 2021, 14 % des Samu ont réalisé moins de 50 000 dossiers de régulation médicale²¹¹, avec en outre de fortes baisses d'activité en nuit profonde (22h-8h), et 56 % des Smur²¹² ont effectué moins de trois sorties par jour²¹³.

Des mutualisations de services, même partielles – par exemple en nuit profonde –, constitueraient une source non négligeable d'économies et d'optimisation des ressources médicales, au vu du coût de fonctionnement des Samu et des Smur (1,20 Md€ en 2021, cf. *supra*).

²¹¹ Seuil établi par l'instruction DGOS/RH4/2017/42 du 3 février 2017, équivalent à la réalisation d'un dossier de régulation médicale pour 10 minutes.

²¹² Seuls les moyens terrestres des Smur sont étudiés dans le présent chapitre.

²¹³ Les 44 % de Smur restants effectuaient en moyenne 7,4 sorties par jour.

Depuis 2014²¹⁴, les politiques d'allocation de moyens budgétaires contraints ont visé, en vain, à provoquer des rapprochements entre services. Les seuls rapprochements de Samu menés à bien concernent la Franche-Comté et le territoire de Belfort²¹⁵ d'une part, et la Nièvre et la Côte-d'Or d'autre part, ainsi qu'une régulation commune en nuit profonde entre le Lot-et-Garonne et le Gers.

Une telle démarche de rapprochement et de mutualisation des Samu mériterait d'être activement menée et généralisée sur l'ensemble du territoire national.

3 - Des moyens d'intervention plus légers à développer

En 2021, plus de la moitié²¹⁶ des interventions des Smur n'ont pas nécessité un transport vers les services d'urgence ou une admission en réanimation ou en soins continus²¹⁷.

Les Smur sont en particulier sollicités, soit pour réaliser des transports primaires depuis le lieu de prise en charge des patients jusqu'à l'établissement de santé, soit pour réaliser des transports secondaires de patients déjà hospitalisés, qui nécessitent un transfert vers un plateau technique ou un service spécialisé n'existant pas dans l'établissement d'origine. Dans les situations relevant d'un transport secondaire, des moyens moins lourds en moyens médicaux pourraient être mobilisés, sans dégrader la qualité de la prise en charge.

²¹⁴ Les circulaires budgétaires depuis 2014 ont toutes souligné la nécessité de travailler à la « territorialisation » des Samu, c'est-à-dire à leur rapprochement en fonction des territoires et des périodes de la journée. À cette fin, la dotation pour mission d'intérêt général finançant les Samu (MIG Samu) a peu progressé, avec un taux de croissance annuel moyen de 0,6 % par an entre 2014 et 2019.

²¹⁵ Le rapprochement de la régulation médicale de la Haute-Saône, du Doubs et du Jura était travaillé depuis 2005 et a été achevé avant 2013.

²¹⁶ Données SAE et résumés des passages aux urgences en 2021 : 750 509 sorties d'un Smur (tous moyens confondus, dont 564 886 sorties primaires), 129 934 non suivies d'un transport médicalisé, 33 547 patients traités sur place, 54 380 patients décédés, 5 380 patients ayant refusé le transport, 173 398 transports par Smur vers les services d'urgence.

²¹⁷ Des travaux sont en cours entre le ministère de la santé et de la prévention et l'ARS Bourgogne-Franche Comté afin de modéliser les besoins en transports médicalisés, ainsi que leurs implantations, en fonction de données populationnelles.

La gestion de l'épidémie de covid 19 et les tensions sur les services d'urgence de l'été 2022²¹⁸ ont conduit à envisager des alternatives aux transports sanitaires médicalisés vers les services d'urgence.

Dans un premier temps, la recherche de solutions a porté sur les transports secondaires²¹⁹ urgents. Depuis 2006, ces transports peuvent être réalisés par des véhicules de Smur avec un équipage composé seulement d'infirmiers et de conducteurs ambulanciers dans les cas où l'état des patients est jugé stabilisé. Les transports infirmiers entre établissements de santé ont progressé depuis 2006. Ils ne représentent néanmoins encore que 18 % des transports secondaires en moyenne au niveau national, alors que cette proportion atteint 70 % dans certains départements. Il apparaît donc logique et nécessaire d'accélérer leur développement.

Dans un second temps, les transports primaires par Smur ont aussi été l'objet d'expérimentations. Depuis 2020, plusieurs Samu ont ainsi mis en place des unités mobiles de télémédecine permettant de sécuriser le pré-diagnostic posé au moment de la régulation médicale et d'orienter le plus finement possible le patient. En avril 2021, l'ARS Pays-de-la-Loire a décidé l'expérimentation dans la Sarthe de la première équipe infirmière d'urgence. Elle est appelée par le Samu en lieu et place d'un transport primaire médicalisé dans certaines situations préalablement identifiées.

Ces dispositifs permettent d'adapter la réponse de la régulation au juste besoin du patient et de limiter les sorties des Smur aux cas nécessitant la présence effective d'un médecin. Actuellement, la trop faible sollicitation de ces moyens paramédicaux aboutit à en rendre le coût par sortie plus élevé²²⁰ que celui d'une intervention de Smur. Afin de soutenir ces expérimentations, il sera nécessaire de compléter les protocoles infirmiers de soins urgents²²¹ afin de mieux garantir une prise en charge adaptée et de qualité.

²¹⁸ Le nombre d'appels pris en charge par les Samu stagnait depuis 2017 mais a augmenté de 6 % en 2020 et de 4 % en 2021.

²¹⁹ C'est-à-dire entre deux établissements de santé.

²²⁰ Par exemple, une équipe paramédicalisée de médecine d'urgence dans la Sarthe coûte annuellement 800 000 €, soit 2 200 à 2 900 € par sortie d'après le rapport d'activité de l'ARS Pays-de-Loire, contre un coût annuel moyen de 1,30 M€ pour un Smur, soit 1 300 € par sortie d'après les données de la DGOS.

²²¹ Ces protocoles ont été établis en 2016 afin de cadrer les interventions des infirmiers sapeur-pompiers. Ils sont aujourd'hui trop restrictifs, étant donné les évolutions en cours de prise en charge par les Samu.

C - Le service d'accès aux soins : une évolution de la régulation médicale nécessaire mais encore fragile

Aux deux défis que constituent la mauvaise répartition géographique des moyens d'une part et l'insuffisante modulation des interventions d'autre part, s'en ajoute un troisième : les Samu doivent trouver quotidiennement, en temps réel, des solutions pratiques au défaut de l'organisation territoriale des soins de ville. Ce n'est que très récemment que les pouvoirs publics ont pris la mesure de cet enjeu avec la mise en place des services d'accès aux soins (SAS).

1 - Un besoin et un principe anciens

Le principe de la régulation *a priori* de l'accès aux soins n'est pas nouveau. La mise en place d'une régulation permettant d'orienter la demande de soins exprimée par des patients en vue « *d'une prise en charge rationnelle par la structure appropriée* »²²² pour répondre aux besoins de santé d'un territoire a été évoquée dès les années 1990. Cependant, il a fallu attendre le pacte de refondation des urgences en 2019 ainsi qu'une mesure du Ségur de la santé en 2020 pour que cette orientation ancienne soit prise en compte à travers la création des SAS, dont la mise en œuvre a démarré par une phase pilote.

Alors qu'une partie des SAS « pilotes » n'avait été mis en place que tardivement, fin 2021 ou début 2022²²³, la généralisation du dispositif a été annoncée en mars 2022. La généralisation des SAS est très progressive (seuls trente SAS fonctionnent en février 2023) et le texte réglementaire d'application de la loi n'est toujours pas paru.

Les SAS ne constituent pas seulement une réponse à un besoin organisationnel de désengorgement des urgences ; ils ont vocation aussi à répondre, de manière permanente, à un enjeu de santé publique et de qualité de la prise en charge en contribuant à mieux organiser les prises en charge en ville. Ainsi, à titre d'exemple, une plus grande coordination et disponibilité des médecins généralistes et des infirmières réduit les recours aux urgences et les réadmissions à l'hôpital²²⁴, ce qui, pour la patientèle âgée notamment, diminue les risques de dépendance iatrogène²²⁵.

²²² Rapport sur la médicalisation des urgences, Adolphe Steg, 1993.

²²³ Vingt-deux projets de SAS²²³ ont été sélectionnés pour participer à la phase pilote, lancée en novembre 2020. Près de la moitié des SAS pilotes a été mise en œuvre en 2021 et la majorité utilise le numéro d'appel 15.

²²⁴ Irdes, *Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours de santé des aînés (Paerpa)*, novembre 2020.

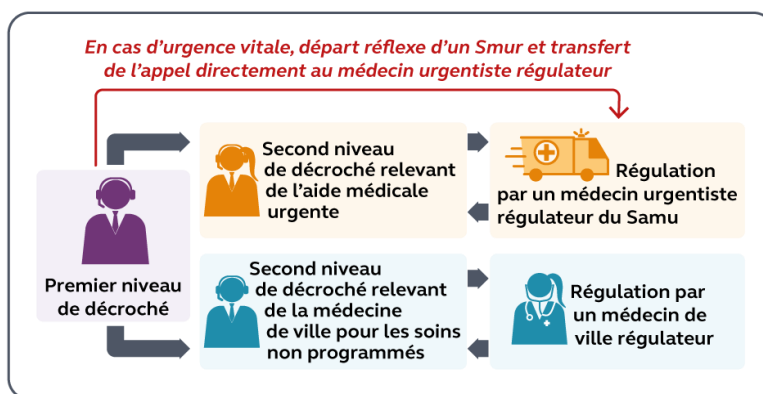
²²⁵ Cour des comptes, *La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées*, rapport public thématique, novembre 2021.

Les principes du service d'accès aux soins (SAS)

Prévu par la loi du 26 avril 2021²²⁶, le SAS assure « une régulation médicale commune pour l'accès aux soins, qui associe le service d'aide médicale urgente, et une régulation de médecine ambulatoire »²²⁷. Il a donc pour but d'organiser une prise en charge commune des appels pour toute situation d'urgence, ainsi que tout besoin de soins non programmés lorsque l'accès au médecin traitant ou à un autre médecin de proximité n'est pas possible en première intention, selon le schéma ci-après.

Pour répondre à leur mission, les SAS devront s'appuyer sur une plateforme numérique, réservée aux professionnels de santé, recensant les créneaux de rendez-vous disponibles sur un territoire donné auprès des médecins libéraux²²⁸.

Schéma n° 3 : le fonctionnement des services d'accès aux soins



Source : Cour des comptes

²²⁶ Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

²²⁷ Article L. 6311-3 du code de la santé publique.

²²⁸ La permanence des soins ambulatoires est assurée tous les jours entre 20 heures et 8 heures ainsi que le samedi à partir de 12 heures, le dimanche et les jours fériés.

2 - Un lien essentiel à établir entre l'hôpital et la médecine de ville

Au sein des Samu, certains dispositifs préexistaient à la mise en place des SAS, comme l'extension de la régulation médicale libérale en dehors des horaires de permanence des soins²²⁹ ou l'établissement de filières spécifiques²³⁰. Il s'agit dorénavant, pour les SAS, de nouer un partenariat étroit avec l'offre de soins libérale d'un territoire et plus particulièrement avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)²³¹. Ces dernières sont notamment chargées d'organiser l'offre de soins non programmés en ville²³² et doivent à ce titre être en situation de fournir aux SAS la liste des médecins supposés disponibles sur le territoire sous 24 ou 48 heures.

Cette organisation doit permettre aux régulateurs libéraux des SAS d'orienter convenablement les patients, et d'éviter une saturation des services d'urgence.

La montée en charge des CPTS²³³ est cependant encore très inégale et leur efficacité variable. De surcroît, les SAS pilotes ont été constitués sans analyse préalable approfondie²³⁴ de l'activité du Samu et de l'offre de soins non programmés dans le territoire concerné, étape pourtant nécessaire pour ajuster l'organisation à mettre en place.

3 - Une généralisation des SAS à encadrer

Trois points de vigilance sont à prendre en compte.

La gouvernance des SAS a vocation à refléter la bonne articulation entre l'hôpital et la médecine de ville de la prise en charge médicale des soins

²²⁹ La régulation médicale libérale aux horaires de la permanence des soins (PDSA) a été étendue en journée dans plus de la moitié des départements, notamment depuis la crise sanitaire.

²³⁰ Par exemple, une filière pédiatrique a été mise en place au sein du Samu de Paris, une filière psychiatrique au sein du Samu du Val-de-Marne et une filière gériatrique est à l'étude au sein du Samu des Bouches-du-Rhône.

²³¹ Créées par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

²³² Articles 1 et 5 de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé.

²³³ En octobre 2022, 738 CPTS étaient dénombrées, à des stades d'avancement très différents ; seulement 347 ont signé l'accord conventionnel interprofessionnel.

²³⁴ Même si les Samu ont réalisé des études sur le nombre d'appels et le temps de décrochage afin d'optimiser leur organisation, ils n'ont pas établi d'analyse précise sur la nature de ces appels et la patientèle concernée afin d'ajuster l'organisation aux besoins avérés de leur territoire de santé.

urgents ou non programmés, qui doit résulter d'un projet partagé. L'activité de régulation médicale devrait, en effet, une fois les SAS généralisés, se répartir à peu près également entre chacun des deux secteurs²³⁵, justifiant la mise en place de la co-gouvernance prévue dans les textes²³⁶.

Cependant, le fait que l'établissement hospitalier dispose, dans la majorité des cas, de l'infrastructure et des services supports du SAS, ne garantit pas une implication équilibrée entre les deux secteurs. Il conviendrait donc de tirer les enseignements des organisations testées sur les sites pilotes avant d'adopter les textes réglementaires organisant la généralisation des SAS.

Par ailleurs, au regard du coût du dispositif, estimé à 150 M€²³⁷ pour 1,7 à 3 millions de dossiers de régulation médicale²³⁸ supplémentaires (soit 13 à 21 % de l'activité actuelle des Samu centres-15), un pilotage national de cette réforme importante est nécessaire²³⁹. Il devra s'assurer que les conditions de mise en œuvre des SAS sont de nature à produire des effets concrets sur les parcours de soins.

Enfin, les SAS n'ont pas vocation à se substituer aux soins de premier recours prodigués par le médecin traitant ou les maisons médicales de garde. L'information du grand public sur le rôle des SAS nécessite donc une attention particulière afin d'éviter de provoquer leur saturation ou le recours abusif aux urgences.

²³⁵ D'après les données prévisionnelles de la DGOS, à la suite de la généralisation des SAS, la régulation de l'aide médicale urgente traitera environ 7,7 millions de dossiers et la régulation libérale pour des soins non programmés traitera environ 8,2 millions de dossiers.

²³⁶ Article L. 6311-3 du code de la santé publique et instruction DGOS/R2/2020/129 du 24 juillet 2020 relative aux attendus pour la désignation de projets pilotes expérimentaux du service d'accès aux soins.

²³⁷ *Pour un pacte de refondation des urgences*, rapport de Thomas Mesnier et Pierre Carli à la ministre des solidarités et de la santé, décembre 2019. Cette estimation de 150 M€ ne prend pas en compte la remise à niveau de la MIG Samu, ni les majorations pour les médecins prenant en charge les soins non programmés.

²³⁸ Données DGOS.

²³⁹ Dans le cadre du suivi de l'expérimentation, le ministère devait réaliser des tableaux de bord sur la base des indicateurs remontés mensuellement par les projets pilotes SAS. Actuellement, ces tableaux de bord n'existent pas et chaque ARS travaille à l'établissement d'un suivi qui lui est propre.

II - Des réorganisations structurelles à renforcer

Le changement d'échelle, tant par la nature des missions que par le volume d'activité qui résultera de la mise en place des SAS, doit conduire à disposer d'une infrastructure solide et claire, en termes de qualité de la prise en charge, de systèmes d'information et de modalités de financement.

A - Une gestion des ressources humaines et de la qualité à consolider

Jusqu'en 2018, les démarches d'amélioration de la qualité et de gestion des risques au sein des Samu-Smur ne faisaient pas l'objet d'un plan national. C'est à la suite du décès d'une patiente en décembre 2017 au Samu de Strasbourg, qu'un plan national « Qualité-Samu » a été mis en œuvre à compter de décembre 2018. Son bilan est toutefois en demi-teinte.

1 - Une professionnalisation des assistants de régulation médicale engagée mais encore insuffisante

Les professionnels qui répondent à toute personne composant le 15 sont des assistants de régulation médicale. Il s'agit des premiers interlocuteurs en cas d'urgence médicale ou de besoin de soins non programmés.

Le plan national « Qualité-Samu » a, pour la première fois, mis en place une formation diplômante pour les assistants de régulation médicale, accessible aux titulaires du baccalauréat, qui a débuté en 2019²⁴⁰. Le nombre d'assistants de régulation médicale formés reste cependant insuffisant au regard des besoins. Pour 2023, dans la perspective de la généralisation des SAS, le nombre nécessaire d'assistants de régulation médicale est estimé à 2800 (soit 2 600 équivalents temps plein), alors que 2 000 seulement sont en poste au 1^{er} septembre 2022.

Ce métier reste, en effet, insuffisamment attractif, comme en témoignent le taux de remplissage de 73 % des centres de formation et le fort taux d'abandon en cours de formation dans certains centres²⁴¹. Cette faible attractivité résulte notamment des contraintes du métier – stress, charge de travail – et de l'absence de perspective de carrière.

²⁴⁰ Décret n° 2019-747 du 19 juillet 2019 relatif au diplôme d'assistant de régulation médicale et à l'agrément des centres de formation d'assistant de régulation médicale.

²⁴¹ D'après l'AP-HP, la région Ile-de-France a par exemple connu une baisse constante du nombre d'inscrits à cette formation, passant de 160 en 2019 à 77 en 2022, soit une diminution de près de 52 % en quatre ans, et un taux d'abandon de 35 % en 2019 et de 33 % en 2020.

De plus, les assistants de régulation médicale, qui ne relèvent pas d'un statut de soignant²⁴², peuvent rencontrer des difficultés de reconversion.

Enfin, du fait des différences de statut²⁴³, il existe un risque d'écart de rémunération entre les assistants de régulation médicale et les opérateurs de régulation qui prennent en charge les demandes de soins non programmés en ville.

La démarche récente de professionnalisation du métier d'assistant de régulation médicale mérite donc d'être poursuivie. Le comité national de suivi et de pilotage, prévu en 2019 mais non mis en place, pourrait être utile pour veiller à la fois à l'augmentation des effectifs entrant en formation, à la qualité de la formation et à l'attractivité du métier.

2 - Des performances qualitatives préoccupantes

Dans le cadre du plan national « Qualité-Samu », il a été demandé à la Haute autorité de santé (HAS) d'élaborer un guide relatif à la qualité et la sécurité des soins au sein des Samu.

Des mesures relatives à l'amélioration de la qualité et la sécurité des Samu-Smur partiellement mises en œuvre

Les mesures principales sont au nombre de quatre : l'intégration des Samu et Smur dans le référentiel de certification des établissements de santé, la réalisation d'un état des lieux des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) au sein des Samu et Smur, l'élaboration du guide de fonctionnement des Samu et un projet d'amélioration continue du travail en équipe pour les Samu volontaires.

Ces mesures n'ont été mises en œuvre que partiellement.

En 2020, la nouvelle version du référentiel de certification des établissements de santé prend en compte des critères spécifiques aux Samu et Smur. En 2021, 117 services avaient été audités, soit le quart des établissements concernés par ces activités d'aide médicale urgente²⁴⁴. En dépit d'une volonté affichée de s'inscrire dans une démarche de certification ISO 9001, peu d'établissements ont franchi le pas. Début 2022, seul le Samu de Saône-et-Loire avait obtenu cette certification.

²⁴² Cette situation va évoluer avec la promulgation de la loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, dont l'article 14 reconnaît les assistants de régulation médicale comme professionnels de santé.

²⁴³ Les premiers relèvent de la grille indiciaire hospitalière des assistants médico-administratifs et les seconds sont généralement des salariés de droit privé.

²⁴⁴ Ce pourcentage correspond au rythme de certification tous les quatre ans.

D'après l'état des lieux des EIGS spécifiques aux Samu et Smur, 36 EIG ont été comptabilisés de mars 2017 à juin 2019, puis 70 de juillet 2019 à décembre 2021. Même si les EIGS y sont largement sous déclarés, il ressort de cette enquête que les difficultés de travail en équipe, de communication et de partage de l'information sont les principales causes de ces événements.

Enfin, le projet d'amélioration continue du travail en équipe n'a été finalisé que par un seul établissement en 2019. Depuis cette date, cinq Samu se sont inscrits dans la démarche mais, depuis la crise sanitaire, un seul la poursuit difficilement.

La qualité de l'activité des Samu, appréciée par les indicateurs retenus par la profession et la HAS, apparaît perfectible. Le taux d'accueil national²⁴⁵ des Samu est de 92,5 % et la qualité de service²⁴⁶ est de 85 %, soit en-deçà de la cible de 99 %. Depuis 2016, ces taux²⁴⁷ ont stagné ou se sont légèrement détériorés, sans effet notable du plan national « Qualité-Samu ». Il peut en résulter une perte de chance pour certains appelants. Ces difficultés prennent un relief particulier dans la perspective de la montée en charge des SAS, pour lesquels les mêmes cibles de taux de réponse et de qualité de service ont été adoptées.

Le suivi et le renforcement du plan national est indispensable pour rendre plus efficace la prise en charge, notamment en situation d'urgence vitale et malgré l'augmentation des appels. L'accréditation des équipes médicales de régulation, en tant que métier à risque tel que défini par le décret n°2006-909 du 21 juillet 2006, devrait être envisagée, pour parfaire le dispositif de sécurisation des pratiques.

²⁴⁵ Le guide de fonctionnement des Samu (HAS), le référentiel et le guide d'évaluation des Samu (Samu-Urgences de France et société française de la médecine d'urgence) définissent le taux d'accueil comme étant : nombre d'appels auxquels il est répondu/ (nombre d'appels distribués - nombre d'appels perdus avant 15 secondes), soit 27,8 millions/ (32,3 millions - 2,3 millions) et lui fixent la cible de 99 %. Données SAE 2021.

²⁴⁶ Selon les mêmes référentiels, la qualité de service correspond au nombre d'appels auxquels il est répondu avant 60 secondes/nombre total d'appels auxquels il est répondu et a pour cible 99 %.

²⁴⁷ Données SAE 2021. La SAE n'a recensé le nombre d'appels raccrochés en moins de 15 secondes qu'à partir de 2019. Le taux de raccrochements en moins de 15 secondes n'étant disponible qu'à partir de 2019, la Cour a extrapolé en prenant le taux de raccrochement en moins de 15 secondes le plus favorable pour les établissements, à savoir 7 %.

B - Un système d'information à restructurer après l'échec du projet national

Les Samu et Smur doivent pouvoir s'appuyer sur des systèmes d'information ergonomiques et interconnectés. Or, chaque Samu dispose aujourd'hui de son propre système d'information, caractérisé par une certaine obsolescence et par l'absence d'interface avec d'autres systèmes d'information. Le projet « SI Samu national » devait proposer une solution unique, mais l'explosion des coûts et l'allongement considérable des délais de conception ont conduit à l'abandon du projet d'un logiciel de régulation médicale national unique, au profit de la modernisation des systèmes d'information des Samu existants.

1 - Une architecture des systèmes d'information éclatée et obsolète qui a conduit au projet d'un système unique pour tous les Samu

Les Samu utilisent aujourd'hui plus de 100 systèmes d'information différents. Ils recouvrent, en plus des logiciels de régulation médicale²⁴⁸, des systèmes d'aide à la régulation qui, à travers des modules de gestion des appels, permettent de déclencher rapidement les moyens d'intervention adaptés.

Ces systèmes d'information se caractérisent par l'obsolescence de certaines infrastructures de télécommunication et des logiciels de régulation médicale, ainsi que par une faible interopérabilité des logiciels actuels entre eux ainsi qu'avec les systèmes de régulation des Sdis, de la police et de la gendarmerie.

Lancé en 2014, le programme SI Samu avait pour but d'harmoniser l'ensemble des outils des Samu pour améliorer la prise en charge du patient²⁴⁹, fiabiliser et sécuriser²⁵⁰ le système d'information et les moyens de télécommunications. Cette solution devait notamment faciliter l'interconnexion avec les partenaires des Samu (Sdis, police et gendarmerie), assurer une refonte complète des infrastructures et des réseaux de téléphonie, et permettre, si nécessaire, la mise en place de mécanismes d'entraide et de mutualisation d'appels²⁵¹ entre les Samu.

²⁴⁸ Le logiciel de régulation médicale des Samu est la principale application métier des systèmes existants : saisie des bilans du patient, consultation des protocoles de prise en charge, fiches réflexes de procédures d'intervention, etc.

²⁴⁹ Cette solution devait notamment éviter les doublons lors d'envoi de véhicules Smur dans des zones limitrophes (par exemple entre deux départements) en permettant le partage, le soutien des appels et la réalisation de dossiers en commun.

²⁵⁰ Cette sécurisation concerne les réseaux (pour éviter les cyberattaques) et les infrastructures.

²⁵¹ Ce pourrait être le cas lors d'une cyberattaque d'un Samu, d'un problème technique sur le réseau d'un opérateur téléphonique ou sur les serveurs d'un Samu.

2 - L'échec du système d'information national unifié

Le programme national a été confronté à plusieurs difficultés : une gouvernance défaillante et une forte insuffisance de ressources internes²⁵², ainsi qu'une durée particulièrement longue pour un projet relatif à des systèmes d'information²⁵³, soit dix ans sur la période 2014-2024. Si le projet avait atteint son terme, le système d'information unique complet, avec quatre modules intégrés n'aurait fonctionné, partout en France, qu'en 2032.

En outre, le coût du projet a dérivé de manière significative, notamment en raison du retard pris et de « budgets irréalistes »²⁵⁴. Le coût complet du SI Samu national unique a été revalorisé à de nombreuses reprises. Estimé dans un premier temps à près de 250 M€ sur la période 2014-2024, révisé à 270 M€, puis à 290 M€ en 2019, le montant final était estimé en 2022 – avec les quatre modules complets – à 632 M€²⁵⁵.

Un projet revu à la baisse

Le projet a été profondément révisé. Le logiciel de régulation médicale nationale unique a été abandonné. En revanche, ont été maintenus une interface nationale (« bandeau ») de gestion des appels et le module de téléphonie, l'ensemble devant être interconnecté et interopérable avec les logiciels de régulation médicale existants.

Le coût total du projet SI Samu, révisé à la baisse par l'abandon du module principal et dont le nouveau terme est fixé à 2024, s'élève désormais à 225,80 M€²⁵⁶. Le déploiement de ce système redimensionné, qui est censé permettre une gestion unifiée des appels et des flux, ne concernerait, au mieux, que 17 Samu à la fin de l'année 2024²⁵⁷.

²⁵² Cf. Cour des comptes, *La conduite des grands projets numériques de l'État*, communication à la commission des finances du Sénat, juillet 2020.

²⁵³ Avis de la Direction interministérielle du numérique (Dinum) sur le programme « systèmes d'information et télécommunication des Samu centres-15 » (SI Samu) du 19 avril 2016.

²⁵⁴ La Dinum, dans son rapport de juillet 2019, estimait que « le coût réel de la solution a été sous-estimé lors de la phase de procédure concurrentielle avec négociation et les industriels se sont engagés sur des budgets irréalistes ».

²⁵⁵ Cette estimation de la Dinum supposait que tous les Samu soient connectés selon le cahier des charges initial, c'est-à-dire en intégrant un logiciel de régulation médicale unique pour tous les Samu.

²⁵⁶ Ce coût total de 225,80 M€ intègre le déploiement du projet SI Samu national (182,70 M€), la modernisation (11,40 M€) et l'exploitation des systèmes d'information locaux (31,70 M€).

²⁵⁷ En 2024, il est prévu de réaliser un point d'étape du programme et de fixer de nouveaux objectifs à cette échéance.

Le redimensionnement du projet comporte néanmoins des risques²⁵⁸ qui mériteraient d'être mieux anticipés et évalués pour éviter les écueils qui ont conduit à l'échec du projet initial.

3 - Un pilotage fragilisé en l'absence d'un système d'information unifié

En l'absence d'un système d'information national unifié, il convient de soutenir des solutions intermédiaires, départementales et régionales²⁵⁹.

L'absence de recueil d'activités harmonisé – et donc de données unifiées – ne permet ni de disposer au niveau national²⁶⁰ d'une description analytique des parcours de patients depuis l'appel au Samu, et donc d'une évaluation de la pertinence des suites données, ni d'analyser en continu l'activité des Samu, ce qui permettrait de mieux l'anticiper.

La mise en place d'un recueil d'activités spécifique aux Smur, Samu et prochainement SAS, à l'instar des résumés de passages aux urgences, est un outil de pilotage nécessaire. Un tel recueil permettrait une approche médico-économique préalable à une tarification fondée non plus seulement sur l'activité mais prenant en compte d'autres critères, tels que le parcours patient et la qualité de la prise en charge. Ces résumés d'activité permettraient, entre autres, de connaître l'activité de ces services, la typologie des patients, les motifs médicaux ou pathologies ayant entraîné un appel et le type de prise en charge choisi. Ils constitueraient en outre un outil complémentaire permettant d'établir des référentiels nationaux de prises en charge, d'anticiper les demandes de soins non programmés et urgents, et de vérifier la pertinence des parcours.

²⁵⁸ Coût des interfaçages, coût de la modernisation des systèmes d'information existants au-delà de 2024, calendrier de déploiement des « bandeaux » pour les Samu non encore concernés.

²⁵⁹ Par exemple, en Provence-Alpes-Côte d'Azur, ont été mis en place, pour tous les Samu-Smur de la région, des logiciels harmonisés, des outils (recueil d'indicateurs de parcours) et des indicateurs régionaux. De même, les cinq Samu de la région Normandie utilisent le même logiciel de régulation.

²⁶⁰ Seuls quelques indicateurs sont transmis manuellement par le recensement SAE (nombre d'appels présentés, décrochés, décrochés en moins d'une minute, nombre de dossiers de régulation médicale, etc.) et divers indicateurs ne pourront être mis en œuvre : connaissance fine des périodes à forte ou faible activité ; traitement automatisé de certains types d'appels, etc.

La mise en place d'indicateurs médico-économiques

Les établissements publics ou privés de santé ayant une activité autorisée de soins de médecine d'urgence doivent, depuis 2013, établir, pour chaque patient, un résumé de passage aux urgences²⁶¹ selon les modalités définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique. Ce recueil, qui permet une analyse descriptive de l'activité, non disponible *via* le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), constitue un outil de surveillance à la disposition du réseau Oscour²⁶² ainsi que des observatoires régionaux des urgences (ORU), constitués avec le soutien des ARS.

Il a fallu cinq ans pour que les résumés de passage aux urgences soient correctement établis par les établissements, notamment du fait de la multiplicité des logiciels des services d'urgence. Depuis deux ans, la fédération des ORU (Fedoru) a travaillé à une nouvelle version de ces résumés, permettant non seulement de lier le passage aux urgences avec l'hospitalisation, mais aussi d'établir un résumé des interventions des Smur et un résumé de régulation.

C - Des financements à clarifier et maîtriser

La mise en place des SAS a nécessité une remise à niveau du financement de la régulation médicale. Par ailleurs, le coût de l'ensemble des dispositifs concourant au fonctionnement des Samu et des SAS croît et nécessite un suivi adapté afin d'en évaluer le rapport coût/bénéfice.

1 - Des Samu-Smur sous-financés jusqu'à récemment

Jusqu'en 2020, du fait de la nature de leur activité, le financement des Samu et des Smur était principalement garanti par deux dotations forfaitaires de mission d'intérêt général (MIG), maintenues lors de la mise en place de la tarification à l'activité des hôpitaux en 2004. Ces dotations n'avaient pas évolué depuis 2013, à périmètre constant²⁶³ ; leur calcul ne prenait en effet en compte ni certaines mesures salariales comme la renégociation du temps de travail non posté des urgentistes²⁶⁴, ni l'augmentation d'activité de ces services.

²⁶¹ Il s'agit de recueils standardisés de données médicales issues des services d'accueil des urgences (code postal, motif de recours au transport, diagnostic principal).

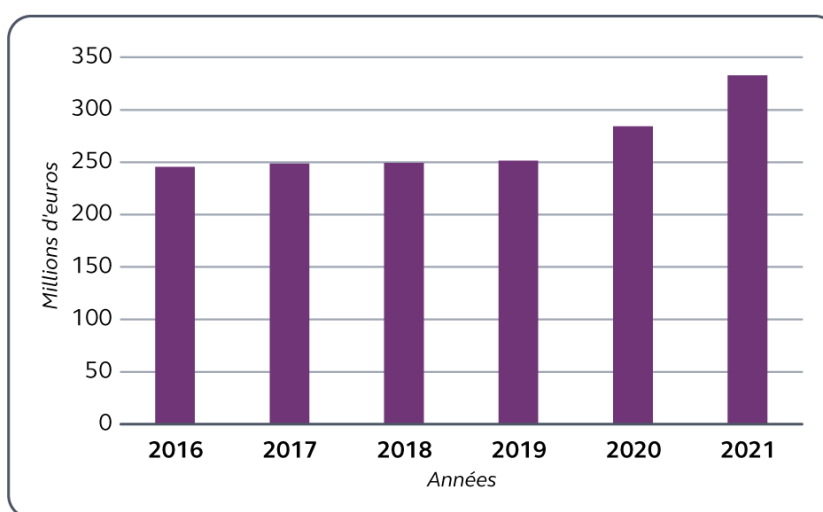
²⁶² Le réseau « *Organisation de la surveillance coordonnée des urgences* » (Oscour) a été mis en place en juillet 2004 au sein de Santé publique France afin de réaliser une veille concernant l'activité des services d'urgence. En 2021, la quasi-totalité des services d'urgence participe au réseau qui couvre désormais 93,3 % des passages aux urgences.

²⁶³ Pour la MIG Smur, le taux de croissance de 6,5 % observé entre 2016 et 2017 est dû à la réintégration des transports inter-hospitaliers, suite à l'interdiction de les facturer à part. La MIG Smur a alors été abondée de 72,30 M€ en année pleine pour compenser cette perte financière.

²⁶⁴ Circulaire DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgence-Samu-Smur.

Depuis 2021, le financement des Smur a été réformé. Il relève désormais d'une dotation populationnelle²⁶⁵ allouée par les ARS. Le financement des Samu a, quant à lui, connu une forte croissance en 2020 et en 2021 du fait d'un rattrapage (+ 61 M€ pour la remise à niveau des effectifs et + 20 M€ pour la mise en place des SAS).

Graphique n° 20 : évolution de la dotation MIG des Samu



Source : Cour des comptes à partir des données de l'ATIH

2 - Des financements en forte croissance

D'autres dispositifs participent néanmoins au fonctionnement des Samu et sont financés par le fonds d'intervention régional (FIR). Il s'agit des médecins correspondants du Samu (12 M€), des coordonnateurs ambulanciers (14 M€), des carences ambulancières (44 M€) et de nombreuses expérimentations²⁶⁶ liées à l'instruction ministérielle de l'été 2022 (estimées entre 15 et 27 M€²⁶⁷).

²⁶⁵ Cette dotation est mise en œuvre dans le cadre de la réforme du financement des activités d'urgences hospitalières, répartie entre les services d'urgences et les Smur.

²⁶⁶ Les équipes paramédicalisées de médecine d'urgence ainsi que des unités mobiles de téléconsultation sont prises en compte dans ce montant.

²⁶⁷ Igas, *Évaluation des mesures dérogatoires portant sur les soins urgents et non programmés pour l'été 2022*, septembre 2022.

À ce jour, le financement des SAS est prévu selon les mêmes modalités, *via* la MIG Samu, pour les infrastructures et pour les assistants de régulation médicale, et *via* les FIR²⁶⁸ pour la médecine de ville²⁶⁹.

Enfin, l'assurance maladie finance les transports sanitaires urgents préhospitaliers (360 M€ en 2021), après transmission du tableau de garde par les ARS. De juillet 2019 à début 2021, ce financement a été complété par une aide transitoire *via* les FIR, à hauteur de 40 M€ environ en année pleine dans l'attente de la mise en œuvre de l'avenant n° 10 de la convention nationale des transporteurs privés.

Tableau n° 17 : financements hors Smur en 2020 et 2021²⁷⁰

Intitulé (Source financement)	2020	2021
SAMU (MIG)	284 112 275	332 975 151
SAS (FIR)		10 100 000
Médecins correspondants du Samu (FIR)	12 000 000	12 000 000
Coordonnateur ambulancier (FIR)	4 600 000	13 800 000
Transports sanitaires urgents (assurance maladie)	360 200 000	360 900 000
Aide transitoire aux transports sanitaires (FIR)	53 600 000	57 000 000
Carences ambulancières (FIR)	36 308 370	44 358 272
Régulateurs libéraux SAS (assurance maladie)		6 800 000
Total	750 820 645	837 933 423

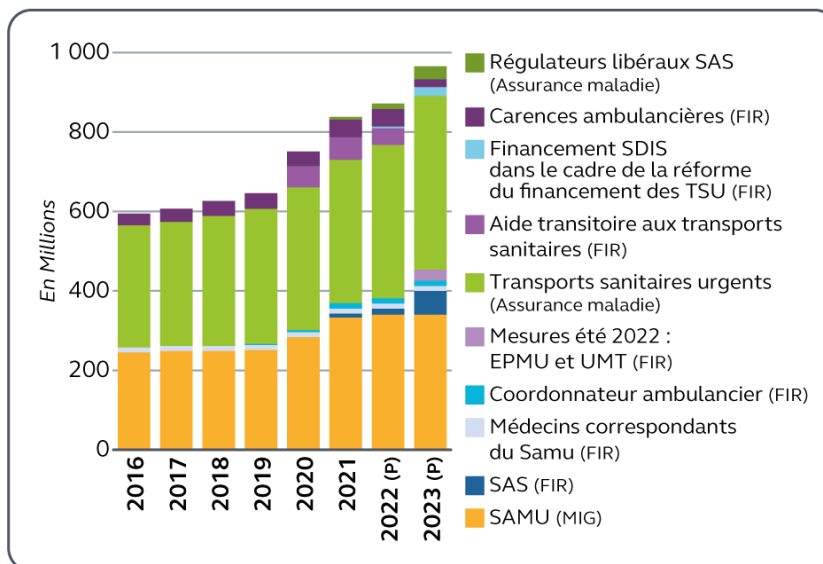
Source : Cour des comptes

Le coût total des dispositifs concourant au fonctionnement des Samu et des SAS a augmenté de 46 % en 2022 par rapport à 2016 et pourrait atteindre 965 M€ en 2023 (soit + 62 % par rapport à 2016).

²⁶⁸ Le FIR, pour financer cette nouvelle mission, dont notamment les opérateurs de soins non programmés et les vacations de régulation en journée, a été abondé à hauteur de 10 M€ en 2021 pour une cible à 59,6 M au terme du déploiement des SAS.

²⁶⁹ L'expérimentation des SAS est actuellement financée par le FIR.

²⁷⁰ Ce tableau vise à recenser les financements des dispositifs concourant au fonctionnement des Samu et des SAS, hors Smur. Le champ traité ici est donc différent de celui des chiffres énoncés en début de chapitre.

Graphique n° 21 : évolution des financements hors Smur depuis 2016²⁷¹

Source : Cour des comptes

3 - Une amélioration nécessaire du suivi et de l'évaluation de ces financements

Ces financements dispersés ne permettent pas de disposer d'une vision du coût total consolidé du fonctionnement des Samu et des SAS²⁷², tant au niveau territorial qu'au niveau national, d'autant plus que les dépenses d'aide médicale d'urgence financées par le FIR sont difficilement identifiables en tant que telles, du fait de leur caractère fongible et de libellés non harmonisés entre ARS.

²⁷¹ Ce graphique est établi selon le même périmètre que le tableau précédent, il n'inclut donc pas les Smur.

²⁷² Le périmètre précédemment identifié est une proposition de la Cour afin de donner la vision la plus complète possible, mais il se peut qu'elle ne soit pas totalement exhaustive. La DGOS doit en définir le périmètre complet et le partager avec les ARS afin que la consolidation des données et leur suivi soient facilités.

**L'exemple d'un financement FIR difficile à évaluer :
le déploiement des médecins correspondants du Samu**

Les financements par le FIR sont, par définition, fongibles et à la main des ARS, ce qui explique que, même si leur montant est déterminé au niveau national pour financer certaines mesures, celles-ci ne sont pas nécessairement déclinées au niveau local.

Depuis 2013, 12 M€ sont versés chaque année²⁷³ pour le financement des médecins correspondants des Samu (MCS) et sont répartis entre les régions selon les besoins exprimés initialement par les ARS. Ce montant et sa répartition n'ont pas évolué depuis dix ans. Le déploiement de ces médecins est très hétérogène selon les territoires. En 2022, 617 médecins correspondants des Samu ont été recensés en France au sein de 18 réseaux régionaux ou équivalents²⁷⁴. Près de la moitié, 303, se situe en Auvergne-Rhône-Alpes et 36 en Provence-Alpes-Côte-d'Azur²⁷⁵. Certaines régions, comme la Normandie, n'en comptabilisent aucun et, au sein d'une même région, de fortes disparités sont observées entre les départements.

Il n'a d'ailleurs pas été possible de reconstituer le montant effectivement consacré par chaque région au dispositif.

Cette difficulté est accentuée en raison des différentes expérimentations menées en région par les Samu et les SAS en fonction des besoins du territoire²⁷⁶.

Plutôt qu'une évaluation dispositif par dispositif, une évaluation globale de l'évolution, par pathologie ou patientèle, des dossiers ayant abouti, faute d'autre solution, à des transports ou à des conseils orientant vers les services d'urgences, est nécessaire.

Il conviendrait, en effet, d'assurer un suivi et une évaluation des conséquences sur le système de santé de l'ensemble des mesures concourant au fonctionnement des Samu, des permanences ambulatoires et des SAS. À cet effet, les ARS doivent se donner les moyens de connaître l'ensemble des soins non programmés et urgents dispensés sur leur territoire, tous secteurs confondus (hôpital, libéral, médico-social), comme c'est déjà le cas dans certaines ARS²⁷⁷.

²⁷³ Instruction DGOS/R2/2013/228 du 6 juin 2013 visant à clarifier le cadre juridique et financier des médecins correspondants du Samu.

²⁷⁴ Données de MCS France, fédération des réseaux de médecins correspondants du Samu (MCS).

²⁷⁵ Source ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur : 78 MCS sont recensés dans la région en février 2023.

²⁷⁶ Par exemple, le dispositif d'appui à la coordination pour les personnes fragiles est inclus dans le SAS de la Vienne ; une équipe mobile de gériatrie et des infirmières libérales interviennent après régulation du Samu, respectivement, dans les Bouches-du-Rhône et dans le Var ; des chirurgiens-dentistes ont intégré la régulation du Samu dans les Deux-Sèvres et en Gironde.

²⁷⁷ Exemples de l'ARS Occitanie qui a mis en place une direction du premier recours et de l'observatoire régional des soins non programmés d'Ile-de-France en lieu et place de l'observatoire régional des urgences.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'activité des Samu et Smur a fortement évolué depuis leur création, tant en volume qu'en nature d'intervention. Conçus pour prendre en charge les urgences vitales, ces services ont progressivement diversifié leurs modalités d'intervention pour répondre à tout type d'urgence ainsi qu'aux demandes de soins non programmés, si bien que l'enjeu principal des années à venir, avec la mise en place des services d'accès aux soins (SAS), sera de garantir des prises en charge adaptées de l'ensemble des besoins, y compris de ceux qui ne sont pas les plus urgents, et d'assurer pour ce faire une bonne gradation des moyens employés.

C'est pour remplir ces nouveaux objectifs de façon performante que les SAS ont besoin de systèmes d'information homogènes, rénovés et interconnectés, d'équipes bien formées et d'organisations optimisées répondant aux besoins territoriaux et aux enjeux de démographie médicale.

Plus important encore, les SAS doivent constituer une structure facilitant la coordination entre les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social, afin d'éviter des passages aux urgences et de faciliter l'accès aux soins. Cela ne sera possible qu'à la condition qu'une offre de soins non programmés soit structurée sur le territoire, notamment par les communautés professionnelles territoriales de santé, organisation sans laquelle les SAS n'auront pas l'effet escompté sur le taux de recours aux urgences et sur l'entrée plus précoce de patients dans des parcours de soins coordonnés.

La Cour formule les recommandations suivantes (ministère de la santé et de la prévention) :

- 17. adapter le maillage territorial des plateformes de régulation médicale (Samu) pour mettre en adéquation leur niveau d'activité et les ressources à mobiliser ;*
 - 18. moduler davantage les types d'intervention de l'aide médicale urgente en fonction des besoins locaux, afin d'utiliser à bon escient les ressources médicales (Smur, transports infirmiers inter-hospitaliers, équipe paramédicalisée de médecine d'urgence) ;*
 - 19. piloter de manière effective le déploiement des services d'accès aux soins, afin d'évaluer leur effet sur la pertinence des réponses aux demandes de soins non programmés de ville ;*
 - 20. renforcer le suivi du plan national « Qualité Samu » et étendre aux activités médicales de régulation le champ de l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales ;*
 - 21. respecter en 2024 le nouvel objectif de déploiement de systèmes d'information modernisés de régulation médicale (17 Samu équipés) ;*
 - 22. organiser un recueil de description médicale de l'activité des services de régulation médicale et d'accès aux soins, afin d'établir des référentiels de prise en charge dans un territoire.*
-

Chapitre VI

Les dépenses de congés de maternité et de paternité : des droits élargis, des progrès de gestion nécessaires

PRÉSENTATION

Le cadre légal de l'indemnisation de la cessation d'activité des femmes actives à la fin de la grossesse et à la suite de l'accouchement a été défini par étapes au cours du XX^{ème} siècle. Concernant dans un premier temps les seules femmes salariées, il a été élargi aux femmes actives non salariées, tandis qu'étaient progressivement pris en compte le nombre d'enfants déjà à charge et le nombre d'enfants à naître. L'Organisation internationale du travail assigne deux objectifs à cette interruption du travail et à son indemnisation : la santé de la mère et de l'enfant, avant et après la naissance et le maintien des revenus professionnels de la mère durant cette période.

Le congé de paternité, créé en 2002 en France, fait partie des mesures d'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle encouragées, notamment par une directive européenne de 2019.

En 2021, les prestations de congé de maternité et de paternité ont représenté 3,6 Md€, tous régimes confondus hors fonction publique, un montant assez stable depuis quelques années. Le suivi de ces prestations n'est pas isolé au sein de la gestion des indemnités journalières de maladie. La qualité de service présente des disparités territoriales et le suivi statistique de la dépense est limité, voire lacunaire, ce qui ne permet pas de rendre compte de la contribution des congés, notamment de maternité, à la santé des mères et des enfants.

Des réformes récentes ont fait converger les différents régimes de congé de maternité et ont visé à faciliter la participation des pères aux soins des enfants en allongeant le congé de paternité.

Le présent chapitre dresse un bilan de l'effet de ces réformes, tout en rappelant les données relatives à la dépense. Ainsi, les dépenses ont peu évolué malgré la baisse de la natalité et l'amélioration des droits (I). L'examen des modalités de gestion révèle des insuffisances auxquelles il doit être remédié (II).

Les congés de maternité et de paternité : chiffres clé 2021

Le nombre de naissances s'est élevé à 741 000, selon l'Insee.

Le nombre de congés de maternité indemnisés (tous régimes, hors fonction publique) s'établit à 630 320 et le nombre de congés de paternité indemnisés à 377 934.

Le montant des indemnités journalières versées en 2021 (tous régimes hors fonction publique) s'élève à 3,6 Md€, dont 357 M€ pour le congé de paternité.

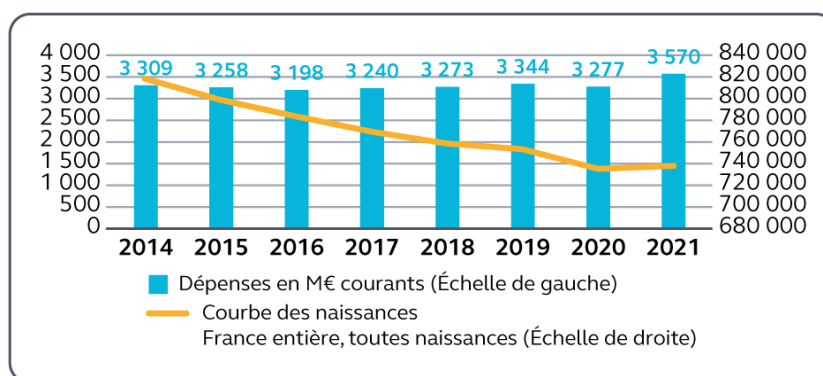
I - Une dépense peu dynamique, des situations diverses selon les régimes

L'évolution des dépenses a été modérée, tandis que les règles d'indemnisation prévues pour les personnes salariées, indépendantes et exploitants agricoles sont désormais très proches. Des disparités importantes demeurent dans l'utilisation effective des droits à congé, selon le statut des personnes.

A - Dans un contexte de diminution de la natalité, une dépense principalement tirée par l'évolution des rémunérations

Tous régimes confondus, les prestations de congés de maternité et de paternité versées aux assurés²⁷⁸ ont augmenté de 9 % entre 2014 et 2021, passant de 3,3 Md€ à 3,6 Md€ en 2021. Dans cet ensemble, les indemnités journalières de paternité représentaient 328 M€ en 2021²⁷⁹ contre 276 M€ en 2014 (+ 18,8 %).

Graphique n° 22 : nombre de naissances et montant des prestations de congés de maternité et de paternité, tous régimes (hors fonction publique)



Source : Cour des comptes d'après DSS et Insee

La dépense d'indemnisation de congés de maternité dépend du nombre de naissances, du niveau de rémunération des personnes concernées,

²⁷⁸ Ce périmètre exclut la fonction publique mais comporte les organismes suivants : Cnam, MSA, Enim, CANSSM, SNCF, CRPCEN, RATP, et RSI jusqu'à son intégration au sein du régime général en application de la LFSS pour 2018.

²⁷⁹ Le coût de la réforme avait été estimé par l'Igas entre 233 M€ et 529 M€/an.

puisque les indemnités perçues sont calculées sur cette base, et du nombre de jours de congés indemnisés, qui dépend lui-même du nombre d'enfants à naître, de leur rang de naissance et de l'état de santé de la mère²⁸⁰.

Les organismes sociaux n'analysent pas les causes de ces évolutions, tenant notamment à l'évolution des naissances, à celle de l'emploi et des salaires et aux changements d'activité professionnelle des personnes concernées par les congés de maternité et de paternité. Les développements qui suivent utilisent les données générales disponibles pour fournir des éléments de compréhension.

1 - Un nombre de congés de maternité en diminution

Les données de l'Insee montrent que le nombre de femmes actives en âge d'être mères²⁸¹ a diminué de 2 % de 2014 à 2021, passant de 10,27 à 10,08 millions. Pendant la même période, la natalité a reculé de 10 %, le nombre de naissances passant de 818 565 à 738 000.

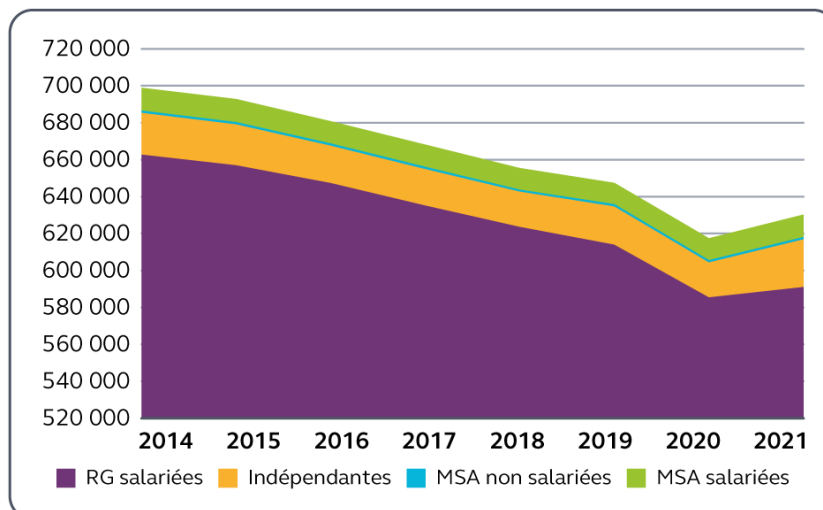
Les statistiques fournies par les régimes²⁸² montrent une réduction de l'ordre de 12 % du nombre de congés de maternité indemnisés entre 2014 et 2020, tendance qui s'était interrompue en 2021 (630 320 congés indemnisés, soit + 2 % par rapport à 2020), en lien avec une légère augmentation du nombre de naissances²⁸³.

²⁸⁰ Selon les régimes, la durée va de 16 semaines pour un premier enfant à 24 semaines en cas de naissances multiples.

²⁸¹ L'Insee dénombre les femmes en âge d'être mères en comptabilisant la tranche d'âge des 15 à 49 ans.

²⁸² Il s'agit en l'occurrence du régime général, pour les salariées et les indépendantes, et du régime agricole.

²⁸³ Par rapport à 2021, les naissances ont cependant chuté en 2022 (723 000, soit - 19 000), selon les premières estimations de l'Insee.

Graphique n° 23 : nombre de congés de maternité de 2014 à 2021

Source : Cour des comptes, d'après Cnam et CCMSA

2 - Une augmentation des indemnités journalières liée à la hausse des rémunérations du secteur privé

Les indemnités journalières versées aux mères salariées pour compenser les pertes de revenus pendant l'arrêt de travail des périodes pré et postnatale (hors congés pathologiques) sont proportionnelles aux salaires, dans la limite du plafond mensuel de la sécurité sociale²⁸⁴. Entre le premier et le dernier décile de salariées du régime général, l'indemnité journalière variait, en 2021, entre 30,5 € et 89 €.

De 2014 à 2019, la dépense globale d'indemnités journalières pour les congés de maternité a été stable autour de 2,9 Md€, en dépit d'un recul de 7 % du nombre de congés pris. Ainsi, la dépense moyenne par congé est passée de 4 172 € en 2014 à 4 496 € en 2019, soit une progression annuelle moyenne de 1,5 %. Cette hausse résulte d'un effet-volume (la durée des congés) et d'un effet-prix (l'augmentation des rémunérations)²⁸⁵.

²⁸⁴ Le plafond de la sécurité sociale est un montant de référence – en l'occurrence sous forme de salaire mensuel - pris en compte pour le calcul du montant maximal de certaines prestations sociales. Il était de 3 428 € au 1^{er} janvier 2022.

²⁸⁵ Les effectifs concernés (femmes de 25 à 54 ans) n'ont pas augmenté entre 2014 et 2021, selon l'Insee.

L'effet-prix peut être estimé en prenant comme référence le taux moyen de croissance annuelle des salaires des femmes, à partir des données de l'Insee, pendant la même période. Ce taux est proche de 2 %, supérieur à celui observé pour les hommes (1,4 % en moyenne par an)²⁸⁶. En d'autres termes, la forte baisse du nombre de congés de maternité indemnisés est plus que compensée par l'augmentation des salaires des femmes dans le secteur privé pendant cette même période²⁸⁷.

3 - Une augmentation tendancielle de la durée des congés indemnisés, corrélée à l'âge moyen des mères à la naissance

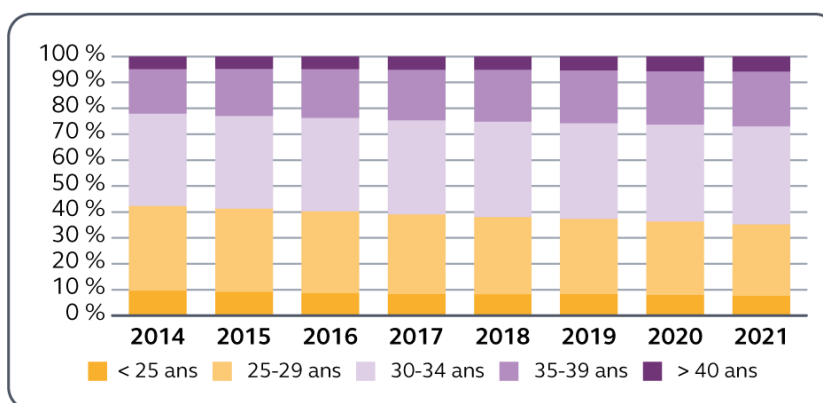
Pendant la période 2014-2021, deux congés de maternité sur trois ont concerné des femmes de 25 à 34 ans. Cependant, la part des mères les plus jeunes dans le total des congés alloués diminue depuis 2014. Pour les salariées du régime général, elle s'est ainsi réduite de 25 % pour les mères de 25 à 29 ans, et de 30 % pour les mères de moins de 25 ans, en lien avec l'âge plus tardif des mères à la naissance de leur premier enfant²⁸⁸. L'évolution est identique pour les salariées du régime agricole et les indépendantes bénéficiaires du congé de maternité.

²⁸⁶ Salaires dans le secteur privé selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle | Insee
Les données de l'Insee montrent une croissance de l'ordre de 2 % par an des salaires nets annuels des femmes dans le secteur privé de 2014 à 2019, croissance plus rapide que celle des hommes sur la même période (1,4 % par an en moyenne).

²⁸⁷ Des données de salaires moyens nets mensuels en équivalent temps plein dans le secteur privé sont disponibles pour 2020, mais leur interprétation est incertaine du fait du caractère atypique des hausses constatées et des effets de la crise sanitaire.

²⁸⁸ L'âge moyen des femmes à l'accouchement en France était de 30,9 ans en 2021, contre 30,3 ans en 2014 et 30 ans en 2011. Insee, *Études et statistiques*, janvier 2022. L'âge moyen à la naissance du premier enfant était de 28,8 ans en 2019 contre 28,1 ans en 2013, Eurostat, 2022.

Graphique n° 24 : les congés de maternité des salariées du régime général par tranche d'âge



Source : Cour des comptes d'après Cnam

L'augmentation de l'âge moyen des femmes à la naissance de leurs enfants représente un enjeu de santé publique, les grossesses plus tardives étant plus à risque pour la mère comme pour l'enfant. À nombre d'enfants par femme inchangé, l'augmentation de l'âge moyen des mères à la naissance a aussi des conséquences sur les dépenses publiques : les congés sont généralement plus longs et les salaires des mères peuvent être plus élevés, augmentant ainsi le montant des indemnités journalières.

Tableau n° 18 : évolution du montant moyen des indemnités et des durées moyennes des congés

	Indemnité journalière en euros		Durée moyenne du congé en jours	
	2014	2021	2014	2021
Salariées régime général	49	55	105	108
Salariées régime agricole	50	56	125	121
Indépendantes	51	45	73	98
Exploitantes agricoles	147	160	91	91

Source : Cour des comptes d'après régimes

Méthodologie : moyenne des congés terminés pour les salariées du régime général à partir des données annuelles de dépenses pour les autres situations. L'allocation forfaitaire des indépendantes est de 2 549 € en 2021. Elle s'ajoute aux indemnités journalières.

Comme le montre le tableau ci-dessus, la durée moyenne pour les salariées du régime général, tous âges confondus, a ainsi augmenté de trois jours entre 2014 (105 jours) et 2021 (108 jours).

B - Des droits liés à la maternité améliorés, auxquels les mères recourent de façon variable selon les situations professionnelles

1 - Une convergence récente des droits à congé de maternité entre les différents régimes

Pour les salariées, la durée légale du congé de maternité est fixée depuis 1980 à seize semaines pour un premier ou un deuxième enfant (quatorze semaines auparavant). La LFSS pour 2019 a prévu que les indépendantes et les agricultrices puissent bénéficier d'un congé de même durée²⁸⁹ que celui des salariées et une durée minimale d'interruption d'activité de huit semaines pour toutes les femmes²⁹⁰. Les conditions requises sont désormais très proches pour l'ensemble des mères.

Tableau n° 19 : conditions d'indemnisation par régime en 2023

	Salariées du régime général	Salariées du régime agricole	Indépendantes
Conditions d'affiliation	Être affiliée depuis 10 mois Avoir travaillé 150 heures au cours des 3 derniers mois <u>ou</u> Avoir travaillé 600 heures au cours des 12 derniers mois	Être affiliée depuis 10 mois Avoir travaillé 150 heures au cours des 3 derniers mois	Être affiliée depuis 10 mois
Conditions de cotisation	Avoir cotisé au cours des 6 derniers mois sur la base d'une rémunération au moins égale à 11 439,05€ ; <u>ou</u> Avoir cotisé au cours des 12 derniers mois sur la base d'une rémunération au moins égale à 22 878,10 €		Avoir cotisé, sans nécessairement être à jour de ses cotisations
Base de calcul	Salaire brut des 3 derniers mois		Revenus cotisés des 3 dernières années
Mode de calcul	Salaire journalier de base dans la limite du plafond de la SS, minoré de 21 % au titre des charges sociales.		Forfaits soumis à CSG et CRDS
Montant	Minimum : 10,24 €/j Maximum : 95,22 €/j		Allocation forfaitaire de 3 666 € + indemnité journalière de 6,026 €/j (plancher) ou 60,26 €/j (plafond)
Durée	- Pour les grossesses simples : 6 semaines avant et 10 après la naissance (premier et deuxième enfant) ; 8 semaines avant et 18 après la naissance (à partir du troisième enfant) ; - Pour les grossesses multiples : 12 semaines avant, 22 après la naissance pour des jumeaux : 24 semaines avant, 22 après la naissance pour des triplés ou plus.		

Note : * à compter de la date de l'accouchement. ** les conditions heures travaillées/cotisations sont alternatives.

Source : Cour des comptes

²⁸⁹ Avant la réforme de 2019, les indépendantes bénéficiaient d'un congé de maternité de six à dix semaines, plus court que celui des salariées.

²⁹⁰ Dont six semaines après la naissance. Certaines conventions collectives prévoient le maintien intégral du salaire, y compris au-delà du plafond de la sécurité sociale et son versement direct par l'employeur, dans certains cas sous conditions d'ancienneté.

Les conditions d'ouverture des droits pour les indépendantes ont été assouplies en 2019. Ainsi, la condition de ne pas avoir de retard de paiement des cotisations a été supprimée, mais le calcul de l'indemnité journalière se fonde sur un revenu théorique, recalculé en fonction des cotisations effectivement payées.

Les modalités d'indemnisation des indépendantes comprennent une allocation forfaitaire de repos maternel et, pour les cheffes d'entreprise, des indemnités journalières forfaitaires. Les conjointes collaboratrices reçoivent une indemnité de remplacement et une allocation forfaitaire de repos maternel, dont le montant a été aligné sur celui des cheffes d'entreprise. Depuis 2015, outre cette allocation forfaitaire, les travailleuses indépendantes ayant les plus faibles revenus (moins de 10 % du plafond de la sécurité sociale), essentiellement les micro-entrepreneures, perçoivent des indemnités journalières minimales, dont le montant est égal au dixième des indemnités journalières des autres indépendantes. Depuis 2019, l'indemnité de remplacement est également proposée aux exploitantes agricoles qui ne sont pas parvenues à se faire remplacer, sous forme d'indemnités journalières forfaitaires.

En revanche, le congé pathologique accordé par un médecin lorsque la santé de la mère ou de l'enfant nécessite un arrêt de travail complémentaire, avant ou après la naissance, n'est pas harmonisé. Pour les salariées, le congé pathologique prénatal est de un à quatorze jours et le congé pathologique postnatal peut atteindre vingt-huit jours. Le congé pathologique prénatal est indemnisé comme le congé de maternité, tandis que le congé pathologique postnatal est indemnisé au titre de l'assurance maladie²⁹¹. Pour les indépendantes, le congé pathologique peut être prescrit pour une durée fixe de quinze jours, avant ou après la naissance, ou de trente jours avant ou après la naissance. Pour les agricultrices, il existe uniquement un congé pathologique prénatal de un à quatorze jours.

La durée maximale du congé pathologique demeure ainsi différente d'un régime à l'autre, sans que cela soit justifié. En particulier, la durée très rigide pour les indépendantes (quinze ou trente jours) ne permet pas d'adapter le congé à l'état de santé réel²⁹². Le ministère chargé des affaires sociales a précisé que, s'il n'était pas dans l'intention du Gouvernement de prévoir une durée minimale, ces dispositions pourraient être précisées afin de permettre davantage de souplesse dans la prescription de la période d'arrêt pour congé dans la durée.

²⁹¹ L'indemnisation du congé de maternité est plus favorable (79 % du salaire brut) que celle des arrêts maladie (50 % du salaire brut). Par ailleurs aucun jour de carence ne s'applique. Les salariées ayant un an d'ancienneté, à l'exception des personnes travaillant à domicile, des saisonnières, des intermittentes et des intérimaires, peuvent bénéficier d'une indemnité complémentaire versée par l'employeur et prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail. Les entreprises peuvent mettre en place une couverture prévoyance complémentaire.

²⁹² L'existence de cette durée forfaitaire peut provoquer le rejet automatique du dossier d'indemnisation par les CPAM, lorsque le médecin prescrit à une indépendante un arrêt d'une durée inférieure à la durée forfaitaire de quinze jours.

Le congé d'adoption allongé sans harmonisation entre les régimes

Le congé d'adoption concerne moins de 600 personnes par an. Il bénéficie aux assurés qui se sont vu confier un ou plusieurs enfants, soit 10 % seulement du total des adoptions annuelles, lesquelles sont essentiellement le fait des adoptions entre adultes et des adoptions intrafamiliales d'enfants, non éligibles au congé d'adoption²⁹³. Sa durée a été allongée à compter de 2021 pour tous les adoptants. L'alignement des durées a été prévu pour les salariés du régime général et du régime agricole, la durée minimale passant de 10 à 16 semaines pour ces deux régimes²⁹⁴. En revanche, le congé prévu dans le régime des indépendants est resté plus court pour une adoption simple dans une famille sans enfant à charge (12 semaines pour un seul parent), mais plus long dans les autres cas (jusqu'à 39 semaines)²⁹⁵. Le ministère chargé des affaires sociales a indiqué qu'une mesure d'alignement de la durée du congé d'adoption pourrait être étudiée.

En pratique, le nombre d'indemnisations pour congé d'adoption est en très forte diminution, suivant en cela le recul massif de l'adoption internationale²⁹⁶. Le nombre de bénéficiaires a été divisé par deux entre 2014 et 2021, passant de 1 144 à 560. La dépense a diminué en conséquence (- 41 %), passant de 3,7 M€, en 2014, à 2,15 M€ en 2021²⁹⁷.

2 - Des améliorations récentes du recours au congé de maternité, qui laissent toutefois subsister des marges de progrès

L'alignement des durées légales entre les régimes ne suffit pas à garantir l'usage effectif par les mères de leur droit au congé indemnisé. Les informations disponibles montrent encore d'importantes disparités dans le recours au congé selon le régime de sécurité sociale et les conditions d'activité professionnelle des mères.

S'agissant des mères salariées, les statistiques disponibles montrent que cette période de repos est largement respectée, le congé étant pris dans la quasi-totalité des cas²⁹⁸.

²⁹³ « *L'adoption de l'enfant du conjoint en 2018* ». Infostat Justice n° 175, février 2020.

²⁹⁴ La durée maximale peut atteindre 21 à 26 semaines selon le nombre d'enfants adoptés et déjà à charge.

²⁹⁵ En cas de partage entre les deux parents, le congé est allongé et le fractionnement modifié : chaque période doit désormais compter au moins 25 jours (contre 11 auparavant). Si le congé est partagé entre un salarié et un indépendant, les règles du régime prévoyant la durée la plus favorable sont appliquées (source : circulaire Cnam « le congé d'adoption » du 5 juillet 2021).

²⁹⁶ Les chiffres de l'adoption internationale - Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères.

²⁹⁷ Cette tendance prolonge celle des années précédentes (8 M€ ont été servis à 2 500 bénéficiaires en 2010).

²⁹⁸ « Les Français et les congés maternité et paternité : opinion et recours », Drees, 2016 et 2019, travaux fondés sur les baromètres d'opinion de 2014 et 2016 et l'enquête « Modes de garde » de 2013. La Drees a effectué une nouvelle enquête fin 2021, dont les données sont en cours d'exploitation pour publication fin 2022 ou début 2023.

Des conditions d'ouverture des droits assouplies pour les salariées

L'ouverture des droits aux indemnités journalières de maternité, de paternité et d'adoption des salariés du régime général et du régime agricole a été facilité en février 2015. Le nombre d'heures de travail exigées au cours des trois derniers mois précédant le congé a alors été réduit de 200 à 150 heures. En cas d'activité discontinuée (CDD, intérim) ou de travail saisonnier, le nombre d'heures de travail requis, apprécié sur les douze mois précédant le congé, a également été réduit de 800 à 600.

Il en va différemment pour les indépendantes. En 2021, seules six sur dix prenaient leur congé de maternité. Ce taux de recours effectif est proche pour les affiliées non-salariées du régime agricole. Pour cette catégorie, la MSA estime que le taux de recours a progressé, passant de 56 % à 60 % entre 2014 et 2020. Cette tendance favorable pourrait être limitée par les difficultés persistantes rencontrées par les exploitantes pour organiser leur remplacement.

Pour les mères qui utilisent effectivement leurs droits à congé de maternité, l'évolution observée entre 2014 et 2021 (cf. supra tableau n° 1) montre un accroissement de la durée des congés. Cette tendance est nette pour les indépendantes, dont la durée moyenne de congé a augmenté de plus de 34 %. Cette hausse peut s'expliquer par l'harmonisation des durées de congés prévue par la LFSS pour 2019. Sauf pour les salariées agricoles, la durée moyenne de congés pris reste cependant structurellement inférieure à la durée légale des congés la plus basse, à savoir celle prévue pour la naissance d'un premier enfant (16 semaines).

C - Un congé de paternité récemment allongé, auquel les pères ont recours de manière variable, selon leur situation professionnelle

1 - Le congé de paternité a été réformé et allongé en 2021 pour l'ensemble des catégories professionnelles

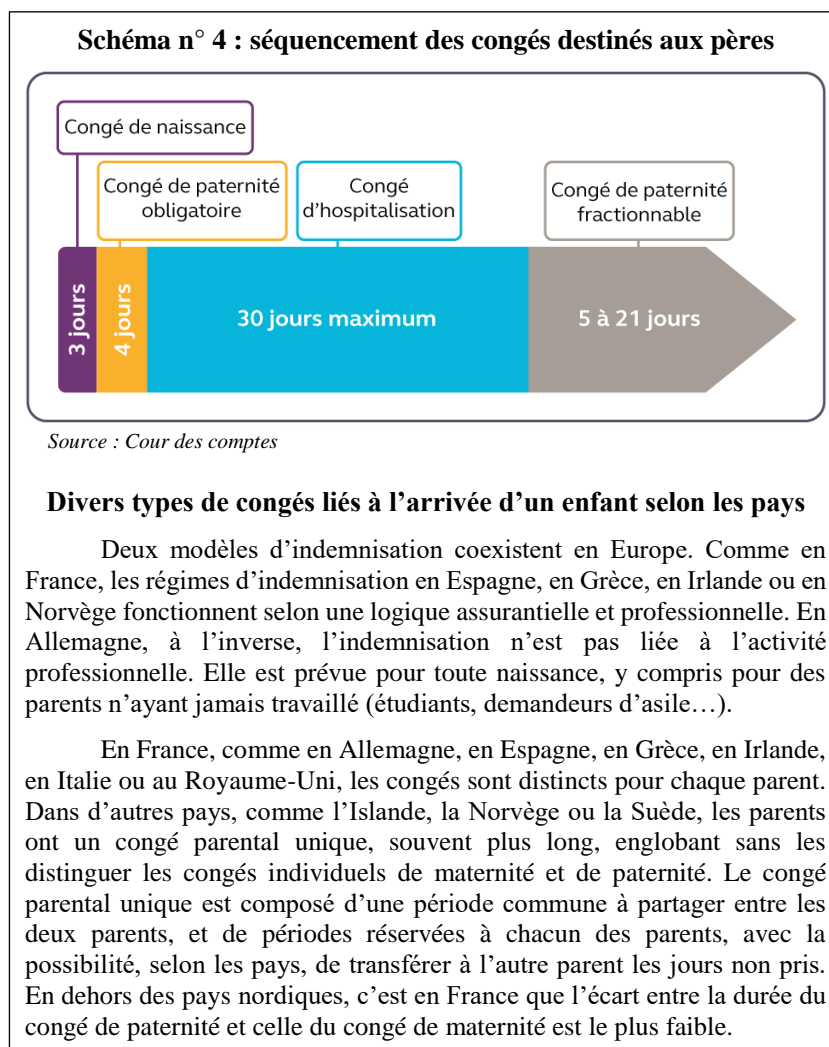
Le congé de naissance de trois jours a été créé par la loi du 18 mai 1946 afin de faciliter les démarches de tous ordres effectuées par les pères, rendues nécessaires par la naissance d'un enfant. Depuis, l'objectif est d'inciter les pères à s'investir davantage dans leurs fonctions parentales et à mieux partager les tâches familiales. Dans ce contexte, le congé de paternité a été instauré par LFSS pour 2002. Sa durée était alors de onze jours, venant en complément du congé de naissance rémunéré par l'employeur. Ce congé est ouvert à tous les salariés, sans conditions d'ancienneté, d'activité ou de seuil d'effectifs, preuve d'une volonté du législateur d'assurer un recours effectif. Il a par la suite été modifié à plusieurs reprises²⁹⁹.

Le congé de paternité a été largement réformé en 2021, afin de favoriser le développement de l'enfant ainsi que l'équilibre entre vie familiale et vie professionnelle, tout comme l'égalité entre les femmes et les hommes. Sa durée légale est passée de 11 à 25 jours pour une naissance unique³⁰⁰, quel que soit le régime d'affiliation du père (salarié du régime général, indépendant ou agriculteur). En outre, le congé peut être fractionné, ce qui doit favoriser un recours accru. Les pères bénéficient donc légalement, dès le lendemain de la naissance, du congé de trois jours précité, immédiatement suivi d'un congé de paternité obligatoire de quatre jours³⁰¹ indemnisé par l'assurance maladie. Dans les six mois qui suivent la naissance, les pères peuvent prendre le reste de leur congé de paternité en deux fois s'ils sont salariés ou en trois fois s'ils sont indépendants ou exploitants agricoles. Chaque période doit durer au moins cinq jours.

²⁹⁹ En 2012, il a été renommé « congé de paternité et d'accueil de l'enfant » et ouvert aux couples de même sexe. Depuis 2015, en cas de décès de la mère des suites de l'accouchement, le père peut bénéficier du congé de maternité résiduel et de son indemnisation. Enfin, depuis juillet 2019, le congé de paternité peut être prolongé jusqu'à 30 jours en cas d'hospitalisation du nouveau-né dans une unité de soins spécialisés de néonatalogie ou de réanimation néonatale.

³⁰⁰ Et de 18 à 32 jours pour une naissance multiple.

³⁰¹ Cette période de quatre jours ne peut être reportée que si la naissance intervient pendant des congés payés.



Le récent allongement de la durée a eu un effet sensible sur la durée constatée des congés. Jusqu'en 2020, lorsque les pères salariés avaient recours à ce congé indemnisé, ils l'utilisaient en totalité (soit 11 jours). Dans le cadre du nouveau dispositif, au second semestre 2021, les pères qui ont recours à ce congé ont pris en moyenne 22 jours de congé (sur les 25 jours possibles). L'un des objectifs fixés par le législatif est donc en voie d'être atteint.

2 - Un recours au congé de paternité variable

En 2021, plus de 320 000 pères affiliés au régime général ont usé de leur droit à congé de paternité. Ces pères ont bénéficié de 1,2 congé par naissance, ce ratio s'expliquant par la possibilité d'un fractionnement à partir de juillet. Hors fonction publique, la quasi-totalité des congés de paternité (98 %) sont pris par des salariés affiliés au régime général³⁰².

Depuis la LFSS pour 2019, les indépendants et les exploitants agricoles peuvent bénéficier d'indemnités journalières, même s'ils ne parviennent pas à se faire remplacer.

Pour les salariés, le recours au congé de paternité est en réalité très différent selon la situation professionnelle des pères, et est corrélé à la nature du contrat de travail et au montant du salaire. Un centre d'études³⁰³ a observé qu'en moyenne, sur la période 2010 à 2017, 74 % des pères concernés faisaient usage de leur droit à congé de paternité. Cependant, ce taux de recours s'élève à 87 % pour les salariés en contrat à durée indéterminée (CDI), alors qu'il n'était que de 65 % pour les salariés en contrat à durée déterminée (CDD). L'obligation de prendre le congé pendant le CDD en cours sans en décaler la fin pourrait expliquer ce dernier constat. Le taux de recours n'est que de 33 % pour les indépendants. Enfin, seulement 24 % des pères au chômage prennent leur congé en totalité.

L'examen du recours au congé de paternité selon le décile de revenus du père montre que, de 2010 à 2017, le taux de recours n'était que de 68 % pour les deux premiers déciles (jusqu'à 1 539 € de rémunération mensuelle brute) et qu'il augmente régulièrement pour atteindre un maximum de 98 % pour les pères dont les revenus mensuels se situent dans le 8^{ème} décile (2 500 € à 2 850 €). Au-delà, le recours diminue à nouveau, jusqu'à 73 % pour le dernier décile, du fait du plafonnement de l'indemnité.

Pour les salariés en CDI, le taux de recours est également corrélé à la taille de l'entreprise (79 % dans les entreprises de 10 à 49 salariés, 88 % dans celles de 200 salariés et plus) et à l'ancienneté (59 % pour les pères ayant moins d'un an d'ancienneté)³⁰⁴.

³⁰² Au régime agricole, le nombre de congés est en légère diminution, les salariés ayant bénéficié de 11 800 congés de paternité en 2021, contre 12 804 en 2014, la dépense d'indemnités journalières progressant de 7,74 M€ en 2014 et 12,44 M€ en 2021. Pour les exploitants agricoles, la dépense était de 4,6 M€ en 2014 et de 5,9 M€ en 2021. Jusqu'en 2020, le nombre de congés de paternité des indépendants était en diminution, avec 18 618 congés accordés en 2014 et 10 884 en 2020. La dépense a consécutivement diminué de 10,6 M€ à 6,4 M€ en 2020. L'allongement récent semble avoir eu un effet sur le recours, 15 627 bénéficiaires étant dénombrés en 2021.

³⁰³ Cf. Étude du Centre d'études et de recherches sur les qualifications (Céreq) « *Quels freins limitent encore le recours au congé paternité chez les jeunes pères* », 2022, étude sur la période 2010-2017.

³⁰⁴ Outre la nature du contrat, la précarité des bénéficiaires potentiels a un effet : seuls 24 % des pères au chômage prennent leur congé en totalité, possiblement parce que leur information est insuffisante, ou que les délais de versement de l'indemnité journalière de paternité conduisent à une rupture temporaire de prestation les dissuadant d'y recourir.

II - Une gestion à améliorer, des enjeux de santé publique à mieux prendre en compte

Alors que le financement des congés de maternité et de paternité relève encore conjointement des branches maladie et famille, la gestion des prestations par les caisses est perfectible. Un effort particulier doit porter sur le suivi des congés pathologiques et de la santé des mères.

A - Une clarification financière à achever

Le financement des dépenses de congé de maternité de paternité et d'adoption est dual. Depuis leur création, le congé de maternité et le congé d'adoption sont financés par la branche maladie, tandis que le congé de paternité est financé par la branche famille. Comme cela a été souligné par la Cour³⁰⁵, il n'y a pas de justification claire à cette dualité des circuits de financement.

La LFSS 2023 a prévu un transfert de la branche famille à la branche maladie correspondant à la couverture de 60 % du montant des indemnités journalières pour maternité, soit environ 2 Md€. Ce montant a été présenté comme correspondant approximativement au montant des dépenses liées au congé postnatal et au congé d'adoption. Toutefois, la distinction entre congé prénatal et postnatal apparaît conventionnelle et ne constitue pas un fondement suffisamment solide pour justifier la perpétuation d'un partage du financement des congés de maternité entre les deux branches.

Il conviendrait d'achever progressivement le transfert des dépenses de maternité à la branche famille³⁰⁶, en veillant à assurer son équilibre financier. À cet effet, il appartient à l'assurance maladie de corriger les limites identifiées³⁰⁷ et d'améliorer le contrôle interne afin que la branche famille dispose d'une assurance raisonnable quant au paiement à bon droit de ces prestations et puisse en assurer le suivi.

³⁰⁵ Cour des comptes, « Le financement de la sécurité sociale : des règles à clarifier et à stabiliser », Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2022

³⁰⁶ Le conseil d'administration de la Cnaf s'est jusqu'à présent montré défavorable au transfert des congés maternité post nataux.

³⁰⁷ Les limites portent en particulier sur les délais de versement anormalement longs, le suivi insuffisant de la dépense et la méconnaissance des congés pathologiques.

B - Des performances de gestion à améliorer

1 - Des délais de versement importants et disparates

La qualité du service rendu est mesurée par les délais de versement des indemnités journalières de maternité par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

En partie du fait de la crise sanitaire et malgré certaines mesures de gestion³⁰⁸, une nette dégradation de cet indicateur a été constatée au cours des dernières années. Pour les salariées du régime général, le délai moyen de versement, mesuré à partir du premier jour du congé, est passé de 31,4 jours en 2018, à 34,5 jours en 2021. Cette moyenne nationale recouvre par ailleurs des écarts très importants entre caisses.

Tableau n° 20 : quelques délais moyens de versement des indemnités (2021, en jours)

Moyenne nationale	Seine-Maritime	Eure	Guyane ³⁰⁹	Seine-Saint-Denis
34,5	26,5	27	45	49,5

Source : Cour à partir des données des caisses et de la Cnam

Pour les indépendantes, les délais de versement ont fortement diminué depuis leur intégration au régime général (90 jours au premier semestre 2020), même s'ils restent élevés. Pour les agricultrices, les délais ont également diminué.

³⁰⁸ Pour les salariés dont les revenus varient dans le temps, notamment les intérimaires, le calcul prend en compte les rémunérations des douze mois précédant le début des prestations. Fin 2021, il subsistait un nombre important de dossiers d'indemnisation maladie à traiter par les CPAM en raison de la crise covid. En accord avec la direction de la sécurité sociale et à titre transitoire, la Cnam a proposé aux caisses, en janvier 2022, d'effectuer la liquidation sur la base des bulletins de salaires des trois derniers mois et de ne prendre en compte les douze mois que si l'assuré formulait une réclamation. Cette mesure a été prolongée, sans base légale, jusqu'en décembre 2022 et n'a pas vocation à être reconduite.

³⁰⁹ Cette caisse doit traiter une majorité de dossiers sur support papier, dans une situation locale de couverture incomplète du département en internet fixe à haut débit, et de réseau local insuffisant au sein de la CGSS.

Tableau n° 21 : délais moyen de versement des indemnités journalières de maternité par régime (en jours)

<i>Régime</i>	2018	2021
<i>Salariées du régime général</i>	31,4	34,5
<i>dont subrogation à leurs employeurs</i>	51,4	42,6
<i>Indépendantes</i>	n.c.	46
<i>Agricultrices</i>	37,8	25,1

Source : Cnam et CCMSA

Les retards sont imputables en partie aux employeurs, qui envoient tardivement les attestations de salaire aux caisses primaires. Pourtant, en dépit de l'utilisation de la déclaration sociale nominative (DSN), obligatoire depuis 2017 et qui aurait dû simplifier le processus, un nombre encore important d'attestations de salaires demeurent transmises par les employeurs via le portail Net Entreprises³¹⁰, ce qui complique l'instruction des dossiers par les CPAM. Il conviendrait de mettre fin à cette voie de transmission.

Par ailleurs, le versement des indemnités journalières pour maladie, pour accident du travail-maladie professionnelle ou pour maternité et paternité par l'employeur pour le compte de l'assurance maladie (la « subrogation », prévue par le code de la sécurité sociale) est de nature à accélérer l'indemnisation des bénéficiaires des congés. En principe, la subrogation permet d'éviter toute rupture de ressources pour les mères et les pères concernés pendant la période de congé. Cependant, les employeurs font alors une avance de trésorerie à l'assurance maladie, pour une durée notable (42,6 jours en 2021 en moyenne, contre 51,4 jours en 2018), ce qui les conduit parfois à retarder de manière irrégulière le versement des indemnités aux salariés³¹¹. En 2021, la subrogation ne concernait qu'un tiers des congés de maternité.

³¹⁰ Par ailleurs, en cas d'activité discontinuée (CDD, intérim), des envois papier par les assurées de leurs données de salaire peuvent subsister.

³¹¹ La CPAM de Paris a rapporté des cas dans lesquels les employeurs subordonnent le versement des indemnités à leurs employés à la réception des montants « remboursés » par les caisses, conduisant ainsi, en contradiction avec les textes, à une rupture de droits au détriment de leurs salariés. Cette situation constitue une limite aux politiques d'amélioration de la subrogation dans la mesure où, en pratique, elle n'améliore pas les délais de versement des indemnités du point de vue des assurés.

La voie prometteuse de la subrogation obligatoire

Le Parlement a voulu récemment rendre la subrogation systématique pour les congés de maternité, d'adoption et de paternité. La LFSS pour 2023 votée prévoyait une mesure en ce sens. Le Conseil constitutionnel a toutefois considéré que la mesure n'avait pas sa place dans une LFSS³¹².

La généralisation de la subrogation nécessitera en tout état de cause que les délais de versement aux entreprises soient maîtrisés par l'assurance maladie. À cette fin et dans l'attente que la mesure trouve sa place dans une prochaine loi, l'offre de services aux employeurs et les mesures de simplification annoncées par l'assurance maladie auront à être précisées.

2 - Une gestion à moderniser et à sécuriser

Les CPAM éprouvent des difficultés à traiter les dossiers d'indemnisation des congés de maternité et de paternité, au détriment du paiement à bon droit de ces prestations.

Les caisses traitent des données non dématérialisées : les dates présumées d'accouchement, pourtant fournies par les déclarations de grossesse, et les dates de début et de fin de congé de maternité des travailleuses indépendantes, précisées par un certificat médical papier, ne sont pas transférées automatiquement dans les systèmes d'information et sont, de ce fait, à l'origine d'erreurs de calcul des indemnités.

D'importantes zones de risque

Le versement des indemnités journalières de maternité des salariées est interrompu à la date présumée de la naissance et la poursuite des versements est subordonnée à la réception par la CPAM de l'acte de naissance de l'enfant³¹³. Cette vérification n'existe pas s'agissant des indépendantes, pour lesquelles le versement ne dépend pas de la transmission d'un acte de naissance, mais d'une attestation sur l'honneur d'interruption d'activité. Cette souplesse est source de fraudes avérées.

³¹² Dans sa décision n° 2022-845 DC du 20 décembre 2022, le Conseil constitutionnel a considéré que l'article 90 se bornait à organiser les conditions de versement de certaines indemnités journalières sans en modifier le montant, et de ce fait n'avait pas d'effet ou un effet trop indirect sur les dépenses d'assurance maladie.

³¹³ Cette pièce est transmise par l'employeur, ou par l'établissement hospitalier dans lequel l'accouchement a eu lieu, ou à défaut par l'assurée. Au régime général, les congés de maternité et de paternité donnent lieu, pour un même enfant, à la transmission de deux actes de naissance. Seule la MSA dispose d'une procédure de guichet unique, lorsque les deux parents relèvent du régime agricole.

Un risque notable concerne aussi une reprise anticipée du travail qui ne serait pas signalée par l'employeur.

Le non cumul des indemnités journalières et d'autres prestations – de Pôle emploi pour le chômage, ou de la Cnam elle-même pour les pensions d'invalidité – doit aussi faire l'objet d'une vérification au cas par cas par les caisses, à leur initiative, sans que le système d'information fournisse d'alerte³¹⁴.

Par ailleurs, la vérification des ouvertures de droits est complexe pour les techniciens des caisses lorsqu'un salarié a plusieurs employeurs, simultanés ou successifs. Ces situations peuvent aussi générer, suite à contrôles, des rappels ou des indus de prestation.

Or, la Cour a constaté³¹⁵ que les contrôles avaient été très réduits, voire inexistant, pendant plusieurs mois : l'outil informatique permettant d'identifier les dossiers d'indemnités journalières de maternité et de paternité à contrôler par les services des agents comptables des CPAM n'a pas fonctionné d'octobre 2021 à juillet 2022³¹⁶.

De fréquentes erreurs de calcul du montant des indemnités

Dans le cadre de la certification des comptes de la branche maladie de l'exercice 2021, la Cour a examiné avec la Cnam un échantillon aléatoire de 393 dossiers d'assurées ayant perçu des indemnités journalières pour maternité. Parmi ceux-ci, 105 dossiers comportaient des anomalies, soit plus d'un sur quatre (27 %). Ce taux est supérieur à celui constaté pour les indemnités journalières de maladie (21 %), alors que les données des dossiers sont pourtant plus prévisibles.

Dans plus de la moitié des cas (58 dossiers, soit 15 % du nombre total de dossiers examinés), l'anomalie avait une incidence financière. Par extrapolation, et en admettant la représentativité de l'échantillon, le montant des erreurs en faveur ou au détriment des assurées peut être estimé à 53 M€, soit 1,6 % du montant total. Dans plus de la moitié des cas (58 %), ces erreurs ont été commises au détriment des assurées.

³¹⁴ Il est également prévu que les dossiers des salariés soient progressivement traités dans l'application déjà utilisée pour les indépendants d'ici fin 2023.

³¹⁵ La Cour a examiné les données de la Cnam ainsi que les procédures détaillées des CPAM des Alpes-Maritimes, des Hauts-de-Seine, de la Mayenne, de Paris, et de la Caisse générale de sécurité sociale de Guyane.

³¹⁶ Aucun rattrapage de ces contrôles n'est prévu par la Cnam. Ainsi, seuls 57 dossiers présentant des anomalies avec incidence financière ont été identifiés par les agents comptables des cinq caisses visitées.

Une analyse complémentaire de la Cour, portant sur 100 autres dossiers, a également mis en évidence des anomalies non détectées par l'assurance maladie dans 16 dossiers correspondant, par exemple, à des pièces justificatives manquantes, des périodes de référence ou des calculs erronés³¹⁷.

C - Une dépense peu suivie, une gestion du risque très insuffisante

1 - Les congés de maternité et de paternité, angle mort des objectifs de suivi et de dépense

Les régimes de protection sociale considèrent, d'une manière générale, les congés de maternité comme des dépenses « subies », qui n'ont pas à être pilotées ni suivies et dont le détail n'a pas besoin d'être connu. Cependant, une meilleure connaissance des dépenses liées aux congés de maternité et de paternité, y compris les congés pathologiques, serait un instrument à part entière de prévention et de suivi global de la santé périnatale.

Aucun objectif de taux de recours aux congés de maternité ou de paternité indemnisé, ou de santé maternelle des femmes actives, ne figure dans la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche maladie du régime général (compétente depuis 2018 pour les indépendants), pas plus que dans celle du régime agricole³¹⁸.

La déclaration de grossesse ne précise pas le domaine d'activité de l'assurée, ce qui faciliterait pourtant le suivi et la prévention dans les secteurs à risque pour la santé de la mère et de l'enfant.

Le taux et les conditions de recours aux congés pathologiques, qui pourraient permettre de mieux appréhender les risques et les pathologies pendant la grossesse et à la suite de la naissance, pour la mère comme pour l'enfant, ne sont ni mesurés, ni même mentionnés par les COG.

³¹⁷ Cour des comptes, Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale, exercice 2021, mai 2022. La révision a été faite sur une sélection de dossiers comprenant les risques maladie, maternité et accidents du travail-maladies professionnelles. De son côté, pour le régime agricole, la CCMSA a détecté 129 dossiers comportant au moins une anomalie avec incidence financière dans le cadre de son contrôle des prestations de maternité et paternité de 2021, soit 6,3 % des dossiers contrôlés.

³¹⁸ Les seules politiques d'accompagnement évoquées dans ces documents étant les soins à la sortie de la maternité (programmes d'accompagnement du retour à domicile).

2 - Un suivi défaillant des congés pathologiques

Le code du travail et le code de la sécurité sociale distinguent le congé pathologique prénatal et le congé pathologique postnatal. Les médecins ne sont pas tenus de préciser le motif des arrêts délivrés, ils doivent en revanche signaler si l'arrêt est lié ou non à un état de grossesse. Le congé pathologique postnatal n'est pas identifié en tant que tel dans les systèmes d'information de l'assurance maladie, ce qui empêche tout suivi.

Selon la Cnam, 251 000 congés pathologiques prénatals³¹⁹ avaient été prescrits à des salariées en 2014, ce qui représentait 62,3 % des grossesses indemnisées. Cette part diminue régulièrement et de manière inexplicable, pour ne plus représenter que 50,9 % des congés terminés en 2020.

Les médecins ne bénéficient pas de recommandations de la Haute autorité de santé s'agissant des conditions d'octroi des congés pathologiques.

Les congés pathologiques, en cours de grossesse et après l'accouchement, contribuent à la durée globale observée des congés de maternité, sans qu'il soit possible de connaître leur contribution aux variations autour des périodes légales³²⁰. Dans le régime agricole, les données sont également fragmentées, une partie des caisses n'identifiant pas ces congés pathologiques prénatals. Les données relatives aux indépendantes ne sont pas disponibles. De même, les congés de maternité les plus longs, liés aux naissances multiples et aux naissances d'enfants de rang trois et plus, ne sont pas identifiées dans les statistiques courantes de dépenses de la Cnam ni de la MSA.

Une connaissance très insuffisante

Dans une enquête de 2017 portant sur 341 244 mères salariées ayant accouché en 2014, la Cnam notait que la durée moyenne des congés indemnisés pour les mères d'un premier ou d'un deuxième enfant s'élevait à 23,2 semaines, dont 1,8 semaine de congé pathologique prénatal et 5,3 semaines de congés maladie. Les études réalisées à la demande de la Cour en 2022 sur des échantillons de dossiers par les caisses de Paris et des Alpes-Maritimes³²¹, ne confirment pas cette durée.

Cette méconnaissance est regrettable, dans la mesure où les congés pathologiques représentent un enjeu de santé publique. Un suivi plus

³¹⁹ Au périmètre des congés pris et terminés au sein d'une année civile donnée.

³²⁰ Les dépenses de congés pathologiques ne sont pas identifiées en tant que telles, et les durées correspondantes sont donc incluses dans les durées globales observées pour les congés de maternité.

³²¹ Selon les échantillons réalisés par ces caisses pour la Cour, 13,6 % des congés de maternité sont suivis d'un arrêt maladie à Paris, et 10 % dans les Alpes-Maritimes.

rigoureux de la dépense par la Cnam est nécessaire, en premier lieu, à travers un repérage automatisé des arrêts maladie correspondant à des congés pathologiques. Outre la réglementation applicable en matière de santé au travail, des données propres à la situation réelle des femmes enceintes qui travaillent pourraient contribuer à mieux apprécier tout à la fois leur santé pendant et après leur grossesse, les liens éventuels avec la prématurité des nouveau-nés, le handicap à la naissance et la pertinence ou non du recours aux congés pathologiques³²². En particulier, les liens entre le recours au congé pathologique prénatal et un temps de trajet quotidien élevé³²³, de même qu'entre les conditions de travail et le recours par secteur d'activité mériteraient d'être étudiés, dans un objectif de prévention.

Régime des congés pathologiques au Danemark et en Suède

Au Danemark, si l'état pathologique de la mère résulte de la grossesse ou s'il existe un risque pour sa santé ou pour le fœtus durant les quatre semaines précédant le congé de maternité, elle peut bénéficier de prestations maternité supplémentaires. En Suède, une indemnité de grossesse peut être octroyée du 60^{ème} au 11^{ème} jour avant la naissance en raison de conditions de travail physiquement pénibles, soit aussi longtemps que la mère est en arrêt de travail si le travail est dangereux pour sa santé ou celle de l'enfant.

En outre, bien que les congés pathologiques postnatals soient indemnisés comme les arrêts maladie et inclus à ce titre dans les indemnités journalières de maladie et dans l'objectif nationale de dépenses d'assurance maladie (Ondam), cette dépense n'est pas davantage pilotée en lien avec des objectifs de santé, ni même suivie.

³²² La dernière étude détaillée de la Drees sur le recours au congé de maternité et au congé pathologique date de 2006.

³²³ Cette information peut être portée dans la déclaration de grossesse mais ne remonte pas à la Cnam.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Depuis 2014, des améliorations significatives en matière de conditions d'ouverture des droits, de durée et d'indemnisation des congés de maternité, de paternité et d'adoption sont constatées (en particulier la réduction du nombre d'heures travaillées, l'allongement du congé de maternité pour les indépendantes et celui du congé de paternité).

Ces différentes mesures ont eu pour effet d'harmoniser davantage les conditions d'accès entre régimes et d'accroître le recours à ces congés. Cependant, la gestion des indemnisations des congés de maternité et de paternité souffre de multiples faiblesses qui affectent la connaissance de leurs droits par les assurés, le paiement de ces prestations à bon droit et dans des délais resserrés, le suivi de ces dépenses et l'information fournie au Parlement.

La mesure de leur utilisation reste lacunaire, notamment pour le congé pathologique qui doit conserver sa fonction première de congé prescrit du fait de la santé de la mère et de l'enfant.

Les différences observées pour les durées légales maximales de versement des prestations entre les salariés et les travailleurs indépendants, héritées du passé, n'ont plus de justification.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 23. achever le transfert du financement des congés de maternité et de paternité vers la branche famille en veillant à préserver l'équilibre financier de la branche (ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, Cnam, Cnaf) ;*
 - 24. développer des outils statistiques de suivi de la santé des femmes enceintes et du non recours au congé de maternité (ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, Cnam, Cnaf) ;*
 - 25. afin d'améliorer le suivi et de réduire les délais de versement des indemnités journalières, limiter à la seule déclaration sociale nominative l'information relative aux arrêts de travail liés à la grossesse en provenance des employeurs (ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, Cnam) ;*
 - 26. aligner la durée des droits relatifs au congé d'adoption et au congé pathologique des non-salariés sur celle des salariés (ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées).*
-

Chapitre VII

La lutte contre les fraudes aux prestations sociales : une action plus dynamique à renforcer encore

PRÉSENTATION

Les prestations servies par les caisses de sécurité sociale ne sont pas toujours conformes, dans leur attribution comme dans leur montant, aux règles de droit applicables. Des écarts avec ces règles peuvent, en effet, provenir d'erreurs internes aux caisses ou d'erreurs dans les informations que leur transmettent les bénéficiaires des prestations. Les erreurs intentionnelles sont des fraudes, souvent difficiles à démontrer³²⁴.

De nombreux mécanismes de fraudes aux prestations de sécurité sociale existent. Mais, l'essentiel des montants fraudés est imputable, au détriment de l'assurance maladie, aux facturations des professionnels et des établissements de santé et, au détriment des caisses d'allocations familiales (Caf), aux données déclarées d'activité professionnelle, de ressources et de la composition des foyers allocataires des prestations.

En 2020, à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat³²⁵, la Cour a examiné les actions visant à lutter contre les fraudes menées par les organismes sociaux (caisses des régimes général et agricole de sécurité sociale, Pôle emploi et organismes de gestion des retraites complémentaires des salariés) et leurs autorités de tutelle. La Cour a alors souligné la lenteur des progrès intervenus et formulé 15 recommandations afin de changer l'échelle de ces actions. Également en septembre 2020, une commission d'enquête de l'Assemblée nationale³²⁶ a émis 55 recommandations concernant la sécurité sociale. Compte tenu des enjeux civiques et financiers liés aux fraudes aux prestations, la Cour a souhaité examiner rapidement les suites données à ses recommandations, notamment par les dernières lois de financement de la sécurité sociale, et porter une appréciation actualisée sur les actions visant à lutter contre les fraudes.

Depuis 2020, la lutte contre les fraudes aux prestations a été relancée (I). Malgré les progrès intervenus, à confirmer, le nécessaire changement d'échelle des actions visant à mieux prévenir détecter et sanctionner les fraudes reste en grande partie à réaliser (II).

³²⁴ À l'inverse, les personnes qui remplissent les conditions pour bénéficier de prestations n'en demandent pas systématiquement l'attribution. Ce non-recours est difficile à évaluer et son intensité varie selon les prestations.

³²⁵ Cour des comptes, *La lutte contre les fraudes aux prestations : des progrès trop lents, un changement d'échelle indispensable*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, 8 septembre 2020.

³²⁶ Rapport n° 2485 de M. Pascal Brindeau, fait au nom de la commission d'enquête relative à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales, présidée par M. Patrick Hetzel, septembre 2020.

Les fraudes aux prestations : principales données disponibles

Montants estimés des préjudices subis du fait de fraudes ou de fautes³²⁷ :

- pour les prestations légales versées par les CAF, entre 2,5 et 3,2 Md€ de fraudes en 2020 ;
- pour l'assurance maladie, entre 1,1 et 1,3 Md€ de fraudes et de fautes pour six prestations versées ou droits attribués en 2018 ou en 2019 qui ne représentent que 27 % du total du montant des prestations légales versées par l'assurance maladie (soins infirmiers et de masso-kinésithérapie, actes des médecins généralistes, produits de santé délivrés par les pharmacies d'office, transports de patients et complémentaire santé solidaire) ;
- pour les caisses de retraite en 2020, entre 0,1 et 0,4 Md€ de fautes au titre des prestations versées.

Nombre de sanctions administratives : 48 893 en 2022.

Montant des pénalités financières : 39 M€ en 2022.

³²⁷ Une fraude est un acte intentionnel entraînant un préjudice pour l'organisme ayant versé les prestations. Une faute occasionne aussi un préjudice, mais l'intentionnalité n'est pas démontrée. Les CAF ne font pas application de cette dernière notion.

I - Une relance de la lutte contre les fraudes aux prestations sociales à confirmer

Les rapports de l'Assemblée nationale et de la Cour publiés en 2020 ont contribué à donner une nouvelle impulsion à la lutte contre les fraudes aux prestations, qui se manifeste par de nombreuses mesures législatives, des réorganisations administratives et l'établissement d'estimations de la fraude.

A - Des mesures législatives nombreuses, qui restent cependant pour l'essentiel à appliquer

1 - De nouveaux pouvoirs de contrôle pour les organismes sociaux

Le législateur a amélioré les conditions de réalisation des contrôles des organismes de protection sociale. Ainsi, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 a accordé aux caisses d'assurance maladie la possibilité de déroger au délai de droit commun³²⁸ pour le règlement des factures en tiers payant afin de pouvoir effectuer des contrôles dans le cas de professionnels ayant été sanctionnés ou condamnés pour fraude au cours des deux dernières années ; le décret d'application n'a cependant pas été pris. Par la suite, la LFSS pour 2023 a restreint l'application de cette mesure aux préjudices les plus graves (dont le montant dépasse huit plafonds mensuels de la sécurité sociale, soit 29 328 € en 2023).

Depuis 2008, les organismes de sécurité sociale sont dotés des mêmes prérogatives que l'administration fiscale, ce qui leur permet d'obtenir de tiers³²⁹ la communication de documents. Le champ de cette prérogative a été étendu à Pôle emploi par la loi de finances pour 2021 et ses modalités d'exercice ont été améliorées par la LFSS pour 2022, qui a donné la possibilité aux organismes sociaux d'exiger une transmission dématérialisée des informations demandées. Par ailleurs, à l'instar de l'administration fiscale depuis la loi de finances pour 2022, la LFSS pour 2023 permet aux greffiers des tribunaux de commerce de transmettre aux organismes sociaux les informations recueillies dans l'exercice de leurs missions laissant présumer des fraudes en matière de prélèvements ou de prestations, afin de faciliter l'identification précoce de sociétés éphémères frauduleuses.

³²⁸ En application de dispositions réglementaires, sept jours ouvrés au plus, au-delà desquels les caisses d'assurance maladie doivent verser une pénalité.

³²⁹ Le droit de communication permet d'obtenir, auprès d'administrations ou d'entreprises comme les banques, les fournisseurs d'énergie et les opérateurs de téléphonie, sans que s'y oppose le secret professionnel, notamment bancaire, les informations nécessaires au contrôle de l'authenticité des documents fournis et de l'exactitude des déclarations faites en vue de l'attribution de droits ou de prestations.

La LFSS pour 2023 a enfin conféré à certains agents des organismes de protection sociale des prérogatives d'officiers de police judiciaire leur permettant de rechercher et de constater des infractions pénales³³⁰. À cette fin, ils pourront procéder, sur convocation ou sur place, à des auditions libres des personnes suspectées ou susceptibles d'apporter des éléments utiles à leurs investigations et de constater les infractions par des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire et transmis directement au procureur de la République. En outre, ils pourront participer sous pseudonyme à des échanges électroniques (cyber-enquêtes), y compris avec les auteurs suspectés d'infractions, sans être pénalement responsables (à condition toutefois de ne pas inciter à en commettre).

Certaines décisions du législateur tardent, cependant, à être mises en œuvre. Ainsi, la loi du 23 octobre 2018 a autorisé les organismes de sécurité sociale à consulter les bases nationales Ficovie, BNDP (données patrimoniales) et Patrim (ventes immobilières) de l'administration fiscale. Or, les délais d'établissement des liaisons informatiques et des conventions entre les organismes et l'administration fiscale (signées uniquement début 2022) et d'habilitation de certains agents des organismes font que les possibilités de consultation ouvertes par la loi du 23 octobre 2018 commencent à peine à être exploitées.

2 - Sécuriser l'immatriculation des bénéficiaires de prestations

Les personnes de nationalité étrangère nées à l'étranger sont immatriculées à la sécurité sociale après examen d'un titre d'identité ou de séjour en France et de documents étrangers d'état civil, parfois peu probants à défaut d'une normalisation suffisante.

Afin de sécuriser l'immatriculation, la LFSS pour 2021 a généralisé l'attribution d'un numéro d'identification d'attente (NIA) commun à l'ensemble des organismes de sécurité sociale. Après les CAF, qui utilisaient déjà le NIA depuis 2017, l'assurance maladie et de la MSA y ont recours depuis novembre 2021. En revanche, l'assurance vieillesse ne l'utilise pas pour les attributions de pensions de réversion à des personnes veuves non immatriculées à la sécurité sociale française.

Selon le décret d'application³³¹, si le titulaire d'un NIA ne fournit pas dans les six mois les éléments d'état-civil permettant de certifier son identité ou si l'examen de ces pièces révèle l'existence d'une fraude, une procédure est engagée pouvant conduire à la suspension, voire à la fermeture des droits ouverts dans l'ensemble des organismes utilisant le NIA. Les prestations versées pendant la période litigieuse devront alors faire l'objet d'une récupération d'indus. Le décret doit produire de premiers effets à compter de janvier 2023.

³³⁰ Escroquerie et tentative d'escroquerie, faux et usage de faux, fourniture d'une fausse déclaration ou d'une déclaration incomplète, établissement d'un certificat inexact.

³³¹ Décret n° 2022-292 du 1^{er} mars 2022.

Par ailleurs, les données de l'application de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France (Agdref) du ministère de l'intérieur consultables par les organismes sociaux ont été enrichies (situation familiale, existence d'une demande de renouvellement de titre de séjour et adresse de résidence). En 2023, les organismes de protection sociale auront accès aux pièces justificatives soumises à l'appui des demandes de titre de séjour.

Pour réduire la fraude documentaire, les organismes de protection sociale doivent pouvoir accéder directement aux données d'état-civil à travers la plateforme Comedec (communication électronique des données d'état-civil) reliée aux mairies, au service central d'état civil (Français nés à l'étranger) et aux préfetures (personnes de nationalité étrangère titulaires d'un titre de séjour). Ce chantier est en cours sous l'égide de la mission interministérielle de coordination anti-fraude (Micaf, voir B – 2 - *infra*).

3 - La vérification de l'existence des retraités résidant à l'étranger

En 2021, la branche vieillesse du régime général a versé 3,8 Md€ de pensions de retraite de droit propre et de droit dérivé, soit 3 % du montant total de ses prestations, à 1,1 million de retraités résidant à l'étranger.

À la différence de celui des pensionnés résidant en France, les caisses de retraite ne sont pas informées du décès des pensionnés résidant à l'étranger. De ce fait, les pensionnés résidant à l'étranger doivent adresser une fois par an un certificat d'existence, tamponné par les autorités civiles locales. Depuis 2019, ce certificat est commun à l'ensemble des régimes de retraite. Cette modalité de contrôle peut néanmoins être contournée, si l'autorité locale n'exige pas la présentation physique de l'assuré et n'a pas connaissance d'un éventuel décès, si elle cède à une tentative de fraude ou bien si son cachet est falsifié.

Une nouvelle modalité de contrôle à étendre

Comme elle s'y était engagée, la Cnav a expérimenté début 2021 la convocation d'assurés très âgés (80 ans et plus) résidant en Algérie au guichet de la banque qui verse les prestations. 472 assurés, sélectionnés en fonction de certains critères, ont ainsi été convoqués. 39 assurés, ayant 89 ans en moyenne, n'ont pas répondu à la convocation ; leurs paiements ont été suspendus. Compte tenu de l'étroitesse de l'échantillon, ces résultats ne peuvent être extrapolés à la population des personnes âgées de 80 ans et plus. Ils font néanmoins apparaître l'intérêt d'une extension de cette nouvelle modalité de contrôle à un nombre accru de dossiers.

Afin de mieux appréhender des décès non déclarés, l'assurance vieillesse déploie des échanges informatisés d'information avec les organismes de protection sociale d'un nombre croissant de pays (Allemagne, Belgique, Luxembourg, Suisse, Italie et Espagne depuis septembre 2021). Pour d'autres pays, des projets doivent aboutir d'ici la fin du premier semestre 2023 (Portugal) ou sont prévus (Pays-Bas, Canada et Israël). À ce jour, les échanges programmés ne couvrent pas ou que partiellement plusieurs pays de destination de montants importants de pension (Algérie, Maroc, Tunisie).

La LFSS pour 2021 a prévu que la preuve de l'existence puisse être apportée par l'usage de données biométriques. Au premier trimestre 2021, le GIP Union Retraite a effectué des tests auprès de retraités volontaires. Le décret d'application est en cours d'élaboration. Sous réserve de l'accord du retraité, ce dispositif, de reconnaissance faciale, permettra de comparer à distance la photographie du pensionné venant d'être prise avec celle figurant sur sa pièce d'identité.

4 - Les détournements de cartes Vitale

Les cartes Vitale peuvent servir à frauder à l'assurance maladie selon les procédés suivants : la facturation de soins fictifs en tiers payant par un professionnel de santé, au titre d'un assuré ou de ses enfants ; l'utilisation de la carte par un assuré ou une personne autre que l'assuré ne remplissant pas ou plus les conditions d'une prise en charge par l'assurance maladie³³².

L'existence de plusieurs cartes Vitale au nom d'un même assuré peut faciliter ces détournements. Selon la direction de la sécurité sociale et la Cnam, il n'existe plus de cartes Vitale en surnombre³³³ pour les assurés du régime général de sécurité sociale depuis 2018 et, dans les autres régimes, le nombre de cartes surnuméraires est désormais marginal (moins de 1 000 fin septembre 2022, concentrées dans les régimes des Mines, de l'Assemblée nationale et du Sénat, contre 2,4 millions fin 2018). Malgré sa demande, la Cour n'a cependant pas été destinataire des données par âge des porteurs de cartes Vitale en cours de validité, tous régimes d'assurance maladie confondus, qui permettraient d'apprécier la cohérence des nombres de cartes en cours de validité par rapport à la décomposition par âge de la population française estimée par l'Insee.

³³² Activité professionnelle actuelle ou passée déclarée ou, à défaut, une résidence régulière et stable en France.

³³³ Il s'agit d'assurés qui ont reçu une carte de plusieurs régimes successifs ou bien pour lesquels les caisses d'assurance maladie disposent d'une information attestant qu'ils n'en remplissent plus les conditions (décès ou départ de France).

L'utilisation de la carte Vitale est subordonnée à la validité des droits de l'assuré. En pratique, si l'assurance maladie a fermé les droits, une tentative d'utilisation dans une pharmacie entraîne l'invalidation de la carte. En revanche, la carte peut toujours être utilisée auprès d'un autre professionnel de santé, si ce dernier ne vérifie pas les droits de l'assuré sur le service *ADR* de l'assurance maladie³³⁴. L'enjeu financier correspondant est limité : en 2022, l'assurance maladie a réglé 6,6 M€ de frais de santé au titre de cartes en fin de vie, pour lesquelles les droits avaient été fermés, ce qui représente moins de 0,01 % de ses règlements.

Depuis 2017, la Cnam et le GIE-Sesam Vitale préparent la mise en place d'une application carte Vitale (ApCV), téléchargeable depuis un smartphone ou une tablette. À la suite d'une expérimentation engagée en 2019 et qui sera étendue en 2023 de deux à six départements, la Cnam prévoit de généraliser ApCV en 2024³³⁵. Contrairement à la carte physique, APcV synchronise la situation de l'assuré prise en compte par le professionnel de santé avec celle de l'assurance maladie. Un assuré n'ayant plus de droits à l'assurance maladie ne pourra donc pas l'utiliser. En outre, les exonérations de ticket modérateur seront conformes à celles dont bénéficie effectivement l'assuré à la date de la réalisation des soins. Le dispositif ApCV actuel ne remédie pas au risque de l'utilisation par un tiers non autorisé du smartphone ou de la tablette d'un assuré.

La création d'une carte Vitale biométrique : un intérêt débattu

La loi de finances rectificative du 16 août 2022 a créé un nouveau programme 378 « carte Vitale biométrique », doté de 20 M€, au budget du ministère de la santé. En 2022, 4,3 M€ ont été versés au GIE Sesam-Vitale en vue de financer des développements informatiques et le déploiement d'APcV. La loi de finances pour 2023 n'a pas reconduit le programme et le solde des crédits de 2022 n'a pas été reporté.

Selon ses promoteurs, la carte biométrique, physique ou dématérialisée, doit empêcher toute personne tierce de bénéficier d'une prise en charge par l'assurance maladie. En effet, contrairement à la carte physique actuelle ou à ApCV, la carte biométrique ne permettrait la prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie qu'après vérification par le logiciel du professionnel de santé de la coïncidence des éléments biométriques de l'assuré (visage ou empreintes digitales) avec ceux intégrés à la carte.

³³⁴ Ce service permet à un professionnel de santé, *via* son logiciel de facturation, d'obtenir les informations relatives aux droits d'un bénéficiaire de soins.

³³⁵ Fin 2022, 114 professionnels de santé étaient équipés d'un procédé de lecture de la carte APcV, 6 430 assurés avaient activé ApCV et 157 feuilles de soins avaient été facturées à l'assurance maladie sous ce format.

Outre le fait que la carte ApCV comporte des éléments biométriques³³⁶, la Cnam estime qu'une carte biométrique aurait un coût disproportionné au regard des risques de fraude.

Selon elle, cela impliquerait d'équiper les 400 000 professionnels de santé en lecteurs, remplacer les 58 millions de cartes en cours de validité et déployer des modalités lourdes de récupération et de mise à jour périodique des données biométriques. La mise en place d'une version biométrique de la carte Vitale soulève aussi des questions d'acceptabilité par les assurés et les professionnels, de proportionnalité des moyens déployés au regard des objectifs poursuivis et de respect des droits et libertés fondamentaux. Une mission sur la carte biométrique a été confiée aux inspections générales des finances et des affaires sociales.

B - Des réorganisations administratives qui produisent de premiers résultats

1 - Une action ministérielle mieux structurée

En décembre 2020, le ministre des solidarités et de la santé, le ministre du travail, de l'emploi et de l'insertion et le ministre délégué chargé des comptes publics ont confié au directeur de la sécurité sociale une feuille de route fixant cinq orientations à la lutte contre la fraude sociale : l'établissement d'éléments de cartographie des fraudes comprenant une estimation biennale de son montant ; la lutte contre les fraudes aux prestations commises par les assurés (immatriculation, résidence, ressources et simplification et partage des données) ; la lutte contre les fraudes des professionnels de santé en ville et des établissements ; la lutte contre les fraudes aux prélèvements sociaux ; le recouvrement des indus frauduleux.

La direction de la sécurité sociale (DSS) et les organismes nationaux du régime général ont pris en compte, à des degrés divers, l'ensemble des enjeux soulignés par l'Assemblée nationale et par la Cour.

³³⁶ Pour activer sa carte dématérialisée « ApCV » à partir de son terminal mobile avant la première utilisation, l'assuré photographie avec ce dernier son visage et son justificatif d'identité. Un procédé automatisé vérifie ensuite la concordance de la photographie ainsi prise avec celle du justificatif précité, puis la correspondance entre le NIR déclaré et les données du justificatif d'identité.

2 - Une intervention renforcée de l'instance de coordination interministérielle sur la fraude aux prestations sociales

Comme la délégation nationale à la lutte contre la fraude (DNLF) à laquelle elle a succédé en juillet 2020³³⁷, la mission interministérielle de coordination antifraude (Micaf) suit l'activité des comités opérationnels départementaux antifraude (Codaf), réunissant, sous la co-présidence du préfet de département et du procureur de la République du chef-lieu du département, les services de l'État³³⁸ et les organismes locaux de protection sociale. Ces instances échangent des renseignements et des expériences, organisent des opérations conjointes et proposent des formations. Elles ont récemment fourni leur appui à des contrôles de l'assurance maladie sur des centres ophtalmologiques, dentaires et infirmiers.

La Micaf joue un rôle d'impulsion et de coordination des acteurs publics dans la lutte contre la fraude aux prélèvements fiscaux et sociaux et aux prestations sociales. Ce rôle s'exerce notamment à travers dix groupes nationaux antifraudes (Gonaf), qui visent à mettre en œuvre des stratégies communes d'action.³³⁹ Dans le domaine de la fraude sociale, a été signé, en décembre 2021, un protocole renforçant les échanges d'informations pour lutter contre les fraudes documentaires et à l'identité entre le ministère de l'intérieur, les organismes de protection sociale et la Micaf. Cette dernière appuie les travaux visant à intégrer les dates des titres de séjour dans les systèmes d'information de l'ensemble des organismes de protection sociale et à rapprocher les fichiers de bénéficiaires de prestations avec ceux des non-résidents fiscaux et des Français établis hors de France. Elle pilote par ailleurs des projets de rapprochement des organismes de sécurité sociale à des systèmes sécurisés d'échanges d'informations. Enfin, la Micaf a créé des groupes de travail interministériels sur des thèmes ponctuels (comme la fraude au passe sanitaire et aux tests antigéniques en 2021).

³³⁷ La Micaf a été créée par le décret n° 2020-872 du 15 juillet 2020.

³³⁸ Police, gendarmerie, administrations préfectorale, fiscale, douanière et du travail.

³³⁹ Chaque groupe est copiloté par la Micaf et une administration. Cinq Gonaf concernent pour partie les prestations sociales : la fraude documentaire et à l'identité, la fraude à la résidence (la DSS est en chef de file), les fraudes fiscales et sociales commises via des sociétés éphémères frauduleuses, l'adaptation des moyens d'enquête aux enjeux du numérique et le recouvrement des créances en matière de fraude aux finances publiques.

3 - Une recherche renforcée par la Cnaf des fraudes à forts enjeux

En 2021, la Cnaf a mis en place un service national de lutte contre la fraude à enjeux (SNLFE) composé de 30 contrôleurs aux profils variés³⁴⁰. Le soutien apporté par le SNLFE a permis aux CAF de détecter 21 M€ d'indus, frauduleux ou non, en 2022.

L'action des CAF contre la fraude à enjeux

Les contrôleurs du SNLFE exploitent en masse les données du système d'information des CAF afin d'identifier des relations entre allocataires, en fonction de certains critères, sur l'ensemble du territoire national. À la suite de cibles de contrôle que leur adresse le SNLFE, les CAF font actuellement porter leurs investigations sur une quinzaine de thématiques dont certaines, comme les changements frauduleux de RIB par des tiers, l'absence de résidence en France et les faux micro-entrepreneurs, révèlent des fraudes à grande échelle.

La détection, y compris avant le paiement des prestations, des fraudes à forts enjeux par leur montant, le nombre d'acteurs concernés ou les techniques employées nécessite une utilisation plus poussée des outils permettant d'explorer les données (*datamining*) et le développement d'échanges plus nourris entre les différentes branches de sécurité sociale sur les techniques de fraudes. Comme le prévoit la réglementation, il conviendrait par ailleurs que l'ensemble des organismes nationaux de sécurité sociale communiquent à la direction de la sécurité sociale les synthèses trimestrielles relatives aux fraudes à enjeux.

C - Des estimations du montant des fraudes plus nombreuses, mais encore très partielles

Dans la feuille de route qu'ils ont adressée au directeur de la sécurité sociale, les ministres ont demandé que la Cnaf, la Cnam et la Cnav estiment tous les deux ans le montant des fraudes aux prestations. La DSS prévoit de disposer d'une estimation globale de la fraude en 2024, ce qui paraît ambitieux au regard du nombre réduit d'estimations disponibles à ce jour.

³⁴⁰ Contrôleurs en CAF mais aussi un ancien gendarme et un ancien inspecteur d'Urssaf.

Depuis 2010, la Cnaf établit selon une méthodologie solide une estimation périodique³⁴¹ du montant des fraudes aux prestations légales (2,8 Md€ en 2021), qui sont principalement concentrées sur le revenu de solidarité active (RSA), la prime d'activité et les aides au logement. En revanche, la démarche est nouvelle pour la Cnam, qui s'était jusque-là refusée à estimer la fraude. La Cnav a dû engager à nouveau une estimation, après une première tentative en 2011 tenue pour infructueuse.

1 - Des estimations de plus en plus nombreuses pour l'assurance maladie, mais couvrant encore une faible partie des dépenses

La Cnam a pour objectif d'estimer en 2024 l'ensemble des fraudes aux prestations versées par les caisses d'assurance maladie. Compte tenu de la diversité des acteurs à l'origine des dépenses de prestations et des prestations elles-mêmes, elle établit par étape des estimations des fraudes par profession de santé et par droit ou prestation.

À ce jour, elle a établi six estimations portant sur les droits à la complémentaire santé solidaire et les facturations réglées aux médecins généralistes, aux infirmiers libéraux, aux masseurs-kinésithérapeutes, aux pharmaciens d'officine et aux transporteurs sanitaires et taxis conventionnés.

En 2021, les six domaines pour lesquels la Cnam a établi une estimation ont représenté 58 Md€ de dépenses, qui ne représentent que 29 % du total du montant des prestations légales versées par l'assurance maladie (hors dotations et forfaits de rémunération des professionnels et des établissements de santé). Une estimation reste donc à établir sur des champs très vastes des dépenses d'assurance maladie : facturations réglées à certains professionnels libéraux de ville (médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes, fournisseurs de dispositifs médicaux et laboratoires d'analyses biologiques), règlements de séjours aux établissements de santé publics et privés, droits à l'assurance maladie obligatoire de base et ensemble des prestations monétaires (indemnités journalières, pensions d'invalidité et rentes AT-MP).

Les méthodes employées par la Cnam pour estimer les fraudes commises par les professionnels de santé fournissent des ordres de grandeur plausibles. Leur fiabilité est cependant affectée par le champ et les conditions de réalisation des contrôles de l'assurance maladie³⁴².

³⁴¹ Cette estimation n'est plus annuelle, comme elle l'était à l'origine.

³⁴² Nombre réduit de professionnels contrôlés, forte hétérogénéité en conséquence des montants de préjudices constatés et absence de restitution de données importantes par

Des ordres de grandeur fonction des méthodes employées

Pour estimer les fraudes à la C2S non contributive, la Cnam a utilisé l'échantillon de 10 700 dossiers tirés aléatoirement, portant sur les années 2018 et 2019, qui lui sert à cibler les dossiers à contrôler *a posteriori* à partir d'une estimation de la probabilité d'anomalies. Seule est pertinente l'estimation du montant agrégé des fraudes et des fautes. En effet, pour qualifier une fraude, la Cnam prend en compte non l'intentionnalité de son auteur, mais un niveau très élevé de ressources³⁴³ de ce dernier.

S'agissant des factures réglées aux professionnels de santé, l'assurance maladie effectue uniquement des contrôles ciblés en fonction de certains critères. Une extrapolation de leurs résultats à l'ensemble des professionnels comporterait des biais de sélection des professionnels contrôlés et de détection de préjudices financiers. La Cnam recourt donc à des méthodes estimatives.

Pour les infirmiers, la Cnam a appliqué deux méthodes. La méthode de post-stratification vise à structurer l'échantillon des dossiers contrôlés en strates homogènes afin de corriger le biais de ciblage des contrôles. La méthode économétrique permet de calculer le montant moyen du préjudice sur l'ensemble de la population concernée à partir de la probabilité estimée de commettre un préjudice financier et du montant moyen du préjudice estimé parmi les fraudeurs et de facteurs correctifs. Les résultats obtenus par la deuxième méthode dépassent de près de 40 % ceux de la première.

Pour les autres professions, la Cnam a appliqué une autre méthode, dite de *matching*. Elle consiste à appliquer aux individus non-contrôlés un score de probabilité de frauder fonction de variables observées chez les individus pour lesquels une fraude ou une faute a été détectée (comme les montants d'honoraires remboursés par exemple) et à appliquer à l'ensemble des individus le taux de préjudice financier moyen des individus contrôlés.

2 - Des progrès méthodologiques à réaliser par l'assurance vieillesse

Les éléments communiqués par la Cnav à la Cour ne permettent pas d'écarter le risque de sous-estimation des fraudes et des fautes.

l'outil de *reporting* des contrôles, comme le sont l'indication des contrôles sans suites contentieuses et les variables de sélection des contrôles.

³⁴³ Lorsqu'elles dépassent un seuil élevé (trois plafonds de ressources de la complémentaire santé solidaire, soit 28 713 € pour une personne seule en 2023).

Une estimation des fautes et des fraudes par la Cnav à fiabiliser

La Cnav a sélectionné un échantillon de 2 000 retraités en 2021, puis de 3 000 en 2022, ayant perçu des prestations au 31 décembre de l'année précédente (2020 et 2021 respectivement), à partir d'une décomposition de la population des retraités en trois strates (pension de droit propre, pension de réversion ou de veuvage, allocation du minimum vieillesse). Parmi les dossiers sélectionnés pour vérification, les deux dernières catégories sont sur-représentées au motif que leurs prestations, conditionnées par le niveau des ressources ou la résidence en France, sont les plus fraudées.

Sur 251 dossiers pour lesquels le rapprochement entre les informations intégrées aux différents systèmes d'information de la branche vieillesse a fait apparaître une incohérence, dix-sept situations ont été qualifiées de fautives et une seule de frauduleuse. En extrapolant ce résultat à l'ensemble des retraités de l'assurance vieillesse, les fautes et fraudes concerneraient entre 0,2 % et 0,6 % des retraités et leur montant serait compris entre 0,1 Md€ et 0,4 Md€, pour l'essentiel au titre des pensions de réversion et du minimum vieillesse. Les éléments précis ayant conduit, pour les 233 dossiers concernés, à écarter l'éventualité d'une faute ou d'une fraude n'ont pas été indiqués à la Cour.

Pour la nouvelle estimation effectuée en 2022, la Cnav a mis en œuvre un nouveau protocole de contrôle, qui ne vise cependant qu'une partie des risques. Ainsi, pour le minimum vieillesse, qui est la principale prestation pour laquelle les caisses détectent des fraudes et des fautes, la condition de résidence effective en France d'une durée de six mois est contrôlée afin de prévenir les risques de départ hors de France et de non-déclaration de décès. Toutefois, dans les contrôles de premier niveau, seules les anomalies éventuelles dans les informations disponibles sont relevées. La nouvelle estimation et les éléments de calcul qui la sous-tendent n'ont pas été communiqués à la Cour.

Pour les échantillons de dossiers contrôlés, il convient que la Cnav mette en œuvre des contrôles couvrant l'ensemble des risques, explicite les motifs qui conduisent à écarter une qualification de faute ou de fraude pour les dossiers pour lesquels une anomalie est détectée et s'assure que des faits qualifiés de fautifs ne seraient pas, en réalité, constitutifs de fraudes.

3 - Des préjudices en tout état de cause considérables

Malgré les limites qui les affectent, les estimations disponibles font apparaître des fréquences et montants très élevés de préjudices financiers.

Selon l'estimation la plus récente, la fraude aux prestations légales versées par les CAF s'élevait en 2020 entre 2,5 et 3,2 Md€, soit entre 3,1 %

et 4,0 % du montant des prestations (entre 8,2 % et 11,8 % pour le RSA et entre 5,9 % et 8,2 % pour la prime d'activité).

Pour les six estimations disponibles de l'assurance maladie, les préjudices liés à des fraudes et à des fautes atteignent en cumul entre 1,1 et 1,3 Md€. Au regard du poids financier des prestations pour lesquelles les fraudes et fautes ne sont pas encore estimées, cela laisse augurer un préjudice global pour l'assurance maladie très largement supérieur. L'application d'une simple règle de trois aux montants déjà estimés conduit, pour le régime général, à un montant de fraudes et de fautes à l'assurance maladie de l'ordre de 3,8 à 4,5 Md€. Toutefois, seule l'extension des travaux d'estimation à l'ensemble du champ des prestations (hors forfaits aux professionnels de santé et dotations aux établissements) et l'analyse critique des méthodes utilisées permettra de disposer d'une évaluation rigoureuse des montants en jeu.

Tableau n° 22 : estimations disponibles des fraudes aux prestations

	Montant estimé des fraudes et des fautes	En % du montant des dépenses concernées	Montant détecté de fraudes et de fautes	% détecté du montant estimé de fraudes et de fautes
CAF (2020)	2,5 Md€ à 2 Md€	3,1 à 4,0 %	0,3 Md€	11,0 %
C2S (2018)	177 M€	8,7 %	1,4 M€	0,8 %
Médecins généralistes (2018-2019)	185 M€ à 215 M€	3,1 à 3,5 %	3,7 M€ (2019) 4 M€ (2018)	1,7 à 2,2 %
Infirmiers (2018)	286 M€ à 393 M€	5,0 à 6,9 %	17,8 M€	4,5 à 6,2 %
Masseurs-Kinésithérapeutes (2018-2019)	166 M€ à 234 M€	5,2 à 6,7 %	7,9 M€ (2019) 11,3 M€ (2018)	1,8 à 2,8 %
Pharmaciens (2018-2019)	91 M€ à 105 M€	0,5 à 0,6 %	4,3 M€ (2019) 4,7 M€ (2018)	8,8 à 10,8 %
Transport de patients (2018-2019)	145 M€ à 177 M€	3,9 à 4,9 %	6,9 M€ (2019) 12,3 M€ (2018)	4,8 à 6,9 %
Retraite (2020)	100 M€ à 400 M€	0,1 à 0,3 %	19,7 M€	4,9 à 19,7 %

Source : Cour des comptes d'après les informations de la Cnaf (fraudes, pas de constatation de fautes) de la Cnam (fraudes et fautes) et de la Cnav (fraudes et fautes)

Note de lecture : l'année indiquée entre parenthèses est celle sur laquelle portent l'estimation et la détection des fraudes et des fautes.

Comme le montre la dernière colonne du tableau précédent, seule une faible partie du montant estimé des préjudices liés à des fraudes ou à des fautes est détectée par les contrôles des caisses de sécurité sociale après versement des prestations (11 % pour les prestations versées par les CAF et entre 1 % et 11 % pour les frais de santé réglés par l'assurance maladie).

II - Un changement d'échelle de la lutte contre les fraudes à réaliser

En 2021, les contrôles effectués par les caisses du régime général de sécurité sociale leur ont permis de mettre en recouvrement 488 M€ d'indus liés à des préjudices subis au titre de fraudes ou de fautes (dont 309 M€ pour les CAF, 153 M€ pour les CPAM et 26 M€ pour les caisses de retraite). La faiblesse des montants de préjudices que permettent de détecter les contrôles au regard des montants estimés de fraudes et de fautes souligne la nécessité d'amplifier la lutte contre les fraudes sur trois fronts : réduire l'éventail des mécanismes possibles de fraude, détecter un nombre accru de préjudices et en sanctionner plus efficacement les auteurs.

A - Des chantiers à mener à bien pour tarir à la source les possibilités systémiques de fraude

1 - Mettre en échec une partie des surfacturations commises par les professionnels et les établissements de santé

Le manque de rigueur dans les modalités de règlement des actes, séjours, biens et prestations facturés par les professionnels et les établissements de santé conduit à un préjudice pour l'assurance maladie estimé à 3,4 Md€ pour 2022 (hors séjours dans les établissements publics et privés non lucratifs de santé, qui ne sont pas facturés directement à l'assurance maladie, voir encadré *infra*). Dans une mesure non estimée par la Cnam, mais potentiellement importante, ces erreurs correspondent à des fraudes ou à des fautes des professionnels et établissements. Pourtant, des solutions techniques existent afin de mettre fin aux préjudices qu'elles occasionnent.

Pour régler les professionnels et les établissements en tiers payant (soit 96 % des dépenses de prise en charge de frais de santé en 2021), l'assurance maladie utilise une application informatique ancienne dont le paramétrage en vigueur ne bloque qu'une part très limitée des factures qui contreviennent aux interdictions de cumul ou d'association de certains actes médicaux ou paramédicaux fixées par les nomenclatures tarifaires.

En renforçant les contrôles automatisés sur les factures, l'assurance maladie pourrait bloquer les versements à tort. En avril 2021, la Cnam a engagé un projet (*METEORE*) qui lui permettra notamment d'intégrer à son système d'information le module de tarification et de contrôle des frais de santé de la MSA. Selon la Cnam, fin 2023 seront traitées les facturations des pharmacies, en intégrant au moins 1 400 contrôles automatisés portant sur divers paramètres des facturations à l'assurance maladie, puis, en 2024, les doubles paiements pourront être prévenus.

Fides, un chantier de fiabilisation des facturations qui n'avance pas

L'assurance maladie ne peut effectuer de contrôles automatisés sur les facturations de séjours des établissements publics et privés non lucratifs. En effet, comme à l'époque du budget global des hôpitaux antérieur à la tarification à l'activité (T2A), ils ne lui facturent pas directement les séjours. Des arrêtés des agences régionales de santé notifient à l'assurance maladie les sommes à payer.

L'obligation de facturation individuelle et directe des séjours (Fides), qui devait entrer en vigueur en 2006, n'a cessé d'être reportée, en dernier lieu à 2027 par la LFSS pour 2022. Faute de décret d'application, la phase pilote, de deux années, prévue par la loi, avant une généralisation entre 2024 et 2027, n'a pas débuté ; les établissements volontaires n'ont pu se porter candidats.

Fides remettrait en cause des facilités de facturation pour les hôpitaux publics (correction de facturations incomplètes ou erronées jusqu'à la fin de l'année, valorisation l'année suivante de séjours de l'année écoulée). Sans méconnaître leur portée, les réorganisations internes à effectuer par les hôpitaux ne sauraient justifier de nouveaux retards, d'autant que les cliniques privées facturent de longue date à l'assurance maladie sans difficulté notable.

La dématérialisation des ordonnances médicales³⁴⁴ peut permettre de prévenir le règlement par l'assurance maladie d'actes, de biens et de prestations qui n'ont pas été prescrits ou qui l'ont été dans de moindres quantités que celles facturées. En principe, la plupart des prescriptions, d'un médecin en ville, en établissement médico-social ou en établissement de santé, et exécutées par des professionnels de santé en ville, devront être effectuées par la voie dématérialisée au plus tard fin 2024, en application

³⁴⁴ Cour des comptes, « *La dématérialisation des prescriptions médicales : un facteur d'efficience du système de santé, des chantiers ambitieux à faire aboutir* », Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2021.

d'une ordonnance du 18 novembre 2020. Les textes fixant le champ exact et le calendrier d'entrée en vigueur de cette obligation n'ont pas été pris.

Depuis mai 2022, l'ensemble des médecins et pharmaciens peuvent utiliser un service d'ordonnance numérique des médicaments mis à leur disposition par l'assurance maladie, à condition de disposer d'un logiciel « référencé Ségur » dont elle finance l'équipement (jusqu'à fin avril 2023). En outre, le forfait structure³⁴⁵ versé par l'assurance maladie aux médecins intègre une incitation à son utilisation. L'utilisation généralisée de l'ordonnance numérique d'ici 2024 apparaît cependant incertaine au vu du nombre réduit d'utilisateurs du service (en septembre 2022, 259 médecins et 76 pharmacies). Une incertitude identique affecte l'ordonnance numérique des transports de patients : en 2021, seul un médecin libéral sur dix (20 672) a utilisé au moins ponctuellement le service de prescription en ligne (SPEi) ouvert en 2017 ; les établissements effectuent quant à eux très peu de prescriptions en ligne, alors que 60 % des transports de patients correspondent à un trajet entre le domicile et un établissement.

Pour assurer l'application de l'ordonnance du 18 novembre 2020 précitée, de nouveaux services d'ordonnance numérique devront être mis en place (dispositifs médicaux, soins paramédicaux, actes biologiques). Il conviendrait par ailleurs que le champ d'application de l'obligation légale d'utilisation de l'ordonnance numérique soit étendue aux dispositifs médicaux commercialisés par des prestataires de service.

2 - Fiabiliser les données relatives à l'activité professionnelle, aux membres et aux ressources du foyer des allocataires de prestations

En 2022, le montant estimé par la Cnaf des erreurs définitives affectant les prestations légales versées par les CAF au titre des données déclarées a atteint 5,8 Md€ en valeur centrale statistique (soit 7,6 % du montant des prestations), pour l'essentiel au titre de versements indus non détectés, contre 2,9 Md€ en 2017 (soit 4,2 %). La plupart de ces erreurs sont liées à l'absence de déclaration d'une reprise d'activité professionnelle, de certaines ressources ou d'une vie en couple. Dans une mesure non estimée par la Cnaf, mais potentiellement élevée, elles correspondent à des fraudes.

Afin de limiter les déclarations à effectuer par les bénéficiaires des prestations ainsi que la charge de travail liée à leur traitement et les erreurs

³⁴⁵ Le montant de cette aide à l'organisation et à l'informatisation du cabinet médical dépend de l'atteinte de certains objectifs. L'avenant 9 à la convention médicale du 31 juillet 2021 a prévu pour l'année 2023 une incitation de 280 € à l'usage de l'ordonnance numérique (sur un forfait de 9 975 € au plus).

affectant les données déclarées, les organismes sociaux prennent en compte de manière croissante des données provenant de tiers de confiance (administrations de l'État³⁴⁶, autres organismes³⁴⁷ et employeurs de salariés), notamment les données de salaires et de prestations sociales rassemblées depuis 2019 dans le dispositif ressources mensuelles (DRM)³⁴⁸.

L'utilisation croissante des données du DRM

Depuis janvier 2021, les données du DRM sont utilisées pour le calcul trimestriel des aides personnelles au logement. Depuis janvier 2022, elles sont aussi utilisées pour l'attribution annuelle de la C2S. Depuis juin 2022, les différents régimes de retraite ont accès aux données du DRM pour le calcul des pensions de réversion. D'autres utilisations sont prévues : la révision périodique du montant des pensions d'invalidité en fonction de l'évolution des revenus professionnels, au second semestre 2023, et le calcul des allocations de retour à l'emploi, d'ici 2024 et le calcul trimestriel du RSA et de la prime d'activité, au plus tôt en 2024,

Les données du DRM peuvent contribuer à réduire les fraudes et les erreurs involontaires qui affectent les données relatives à l'activité professionnelle, au montant des revenus professionnels et à celui de ressources portant sur un périmètre plus large que les seuls revenus fiscaux.

Il serait cependant préférable que les données du DRM ne soient pas injectées directement dans les moteurs informatiques de calcul automatisé des prestations, comme c'est le cas pour les aides personnelles au logement depuis 2021, mais qu'elles soient utilisées pour préremplir les déclarations périodiques que doivent effectuer les bénéficiaires d'autres prestations. Supprimer ces déclarations, notamment celles des bénéficiaires du RSA et de la prime d'activité, risquerait en effet de réduire les déclarations spontanées de changements de la composition du foyer et de ressources absentes du DRM (pensions alimentaires, chiffre d'affaires des micro-entrepreneurs). De plus, les employeurs déclarent parfois des montants erronés de salaires. Les textes devraient enfin étendre à la détection des fraudes l'utilisation des données du DRM aujourd'hui utilisées seulement pour la gestion courante des prestations. Le ministère chargé de la sécurité sociale indique qu'ils vont être adaptés en ce sens.

³⁴⁶ Les CAF versent les allocations familiales à partir des données fiscales de revenus.

³⁴⁷ Les CAF croisent leurs données de demandeurs d'emploi avec celles de Pôle emploi afin de récupérer les informations qu'il détient sur les reprises d'activité.

³⁴⁸ « Les prestations sociales versées en fonction des ressources de leurs bénéficiaires : simplifier pour mieux gérer », rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2022.

3 - Les départs non déclarés à l'étranger

La prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie est conditionnée par une activité professionnelle présente ou passée (retraités) ou, à défaut, par une résidence régulière et stable en France. Or, un grand nombre d'assurés ne remplit ni l'une, ni l'autre de ces conditions.

Un surnombre de droits ouverts à l'assurance maladie

Des assurés quittent la France sans informer l'assurance maladie de leur départ. Pour d'autres assurés, leur titre de séjour en France a expiré, n'a pas été renouvelé ou a été révoqué, mais l'assurance maladie n'a pas fermé leurs droits à une prise en charge de leurs frais de santé. La Cnam avait estimé à 2,1 millions le nombre total d'assurés relevant de ces deux situations au 1^{er} janvier 2020 et considère que les actions conduites depuis l'ont réduit.

Par ailleurs, l'assurance maladie a maintenu à tort un droit à la prise en charge de leurs frais de santé en France à des retraités l'ayant informée de leur départ à l'étranger. En l'absence d'un croisement avec les données détenues par la Cnav sur le pays de résidence des pensionnés et sur la durée d'assurance de ces derniers, la Cnam estime leur nombre à 0,4 million.

Malgré les demandes de la Cour, la Cnam n'a pas estimé à ce jour les montants de règlements injustifiés de frais de santé au titre de ces situations.

La difficulté qu'éprouvent tous les organismes de protection sociale à appréhender les départs non déclarés à l'étranger justifierait qu'ils puissent exploiter le registre national des Français établis à l'étranger, tenu par le ministère de l'Europe et des affaires étrangères. Ils pourraient ainsi, demander aux bénéficiaires de prestations inscrits sur ce registre de fournir les justificatifs d'une présence stable en France. Dans cet objectif, il conviendrait d'étendre les finalités de ce fichier et la liste des administrations habilitées à utiliser ses données.

Pour appréhender plus largement les situations d'allocataires qui, ne résidant plus en France, n'ont plus droit à leurs allocations, la Cnaf et Pôle emploi devraient pour leur part rapprocher leurs fichiers de celui des non-résidents fiscaux, comme le fait l'assurance maladie.

Pour fiabiliser la population des assurés d'âge actif, la Cnam devrait demander à accéder à la base Class, en cours de création par l'Acoss et le ministère du travail, qui centralisera l'ensemble des informations recueillies par les administrations françaises sur les détachements de salariés en France et sur les autres événements relatifs aux mobilités internationales, notamment le travail transfrontalier.

Le respect de la condition de résidence, des progrès insuffisants

L'assurance maladie obtient une information sur une activité ou une résidence en France en croisant son fichier d'assurés avec les fichiers des DSN, d'autres organismes sociaux et des administrations d'État (impôts et intérieur). Lorsqu'elle n'en obtient pas, elle demande des justificatifs aux assurés concernés. Ces contrôles sur pièces, dont le périmètre a été significativement étendu depuis 2020, conduisent l'assurance maladie à fermer des droits (198 000 fermetures³⁴⁹ en 2022). Au regard du flux de départs de France estimé par l'Insee (250 000 par an en moyenne entre 2010 et 2020), le niveau des fermetures de droits intervenues en 2022 demeure insuffisant pour réduire le nombre d'assurés en surnombre (2,1 millions).

Depuis 2020, les consignes données aux CPAM d'enregistrer les renouvellements de titres de séjour et les informations fournies par des assurés lors de contrôles sur pièces conduisent à accroître le nombre d'assurés dont l'assurance maladie connaît la situation. Début 2023, le nombre de ces assurés s'élevait à 2,4 millions, dont 1,7 million avec un titre de séjour en cours de validité. Cette dernière donnée reste cependant éloignée du nombre de titres de séjour en cours de validité (selon le ministère de l'intérieur, 3,7 millions hors ressortissants britanniques fin 2022).

4 - Sécuriser les coordonnées bancaires

Début 2022³⁵⁰, la Cour a réitéré sa recommandation de rapprocher de manière automatisée et systématique les identifiants bancaires utilisés par les organismes sociaux pour régler des prestations avec les données du fichier des comptes bancaires domiciliés en France (Ficoba) tenu par l'administration fiscale.

Ce rapprochement automatisé et systématique permettrait de prévenir ou d'interrompre dans la plupart des cas³⁵¹ les versements injustifiés de prestations sur des comptes bancaires appartenant à des personnes autres que les bénéficiaires des prestations³⁵².

En novembre 2022, le dispositif technique (interface informatique ou *API*) permettant de vérifier de manière automatisée la conformité avec les données de Ficoba des identités bancaires, nouvellement ou

³⁴⁹ Compte tenu des incidences de la crise sanitaire, le nombre de fermetures de droits a rebondi à 300 000 en 2021, après un niveau réduit en 2020 (51 500).

³⁵⁰ Référé du 9 février 2022 aux ministres des solidarités et de la santé et de l'économie, des finances et de la relance et au ministre délégué chargé des comptes publics.

³⁵¹ Plus de 99 % des comptes bancaires sur lesquels les CAF et CPAM versent les prestations sont domiciliés en France.

³⁵² À cet égard, la LFSS pour 2023 a conforté le cadre juridique du recours aux données de Ficoba par les organismes de protection sociale, en étendant les finalités de la transmission d'informations de l'administration fiscale à la vérification de la cohérence des coordonnées bancaires communiquées en vue d'un paiement et l'identité du bénéficiaire de ce dernier.

anciennement acquises, a été mis en place par la Cnav et la DGFIP. À la suite d'un nouveau report, l'ensemble des organismes de la branche vieillesse l'utiliseront à partir d'avril 2023. Il importe que cette première étape soit enfin franchie, puis que l'ensemble des autres organismes de protection sociale soient aussi raccordés.

B - À renforcer, des ressources à redimensionner

1 - Des objectifs atteints ou dépassés, mais à l'ambition limitée

Les conventions d'objectifs et de gestion (COG) des branches de prestations du régime général de sécurité sociale avec l'État pour les années 2018-2022 fixent des objectifs de montants de préjudices financiers détectés dans le cadre de la lutte contre les fraudes.

La définition des objectifs de la branche famille est la plus exigeante : elle est ciblée sur les préjudices subis au titre de seules fraudes. Au contraire, ceux des branches maladie et vieillesse visent les préjudices liés à des fautes et à des fraudes, évités comme subis.

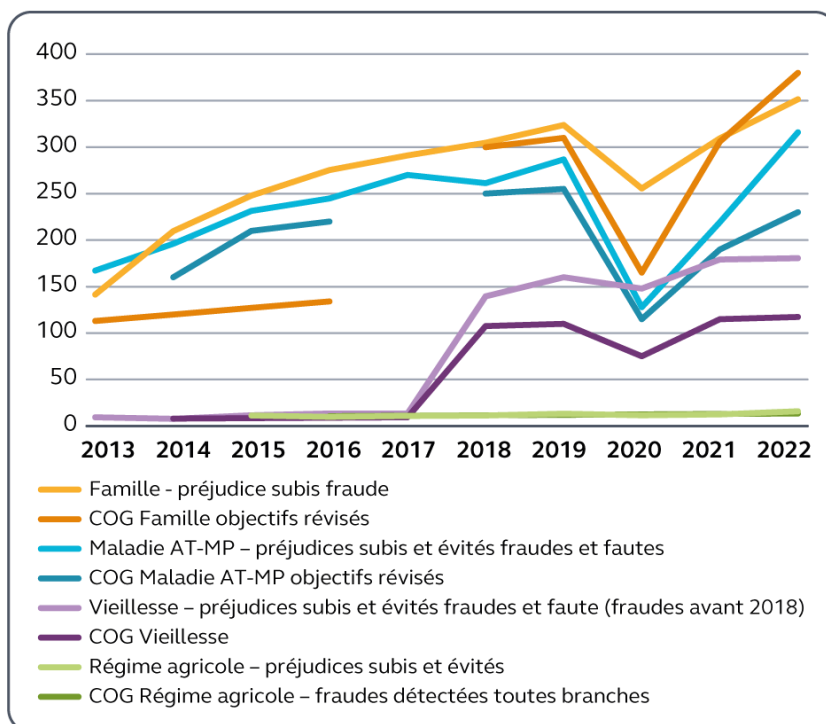
Les objectifs fixés par les COG passées apparaissent insuffisamment ambitieux, compte tenu des dépassements constatés dès la première année d'exécution des COG maladie et vieillesse et, plus encore, de la détection d'une part réduite des préjudices subis liés à des fraudes ou à des fautes par l'ensemble des branches, y compris famille (voir I - C - 3 - *supra*).

Comme le montre le graphique suivant, le montant total des préjudices subis et des préjudices évités compte tenu des fraudes et fautes détectées par les caisses de sécurité sociale a augmenté de manière continue jusqu'en 2019, puis a chuté en 2020 dans le contexte de crise sanitaire. En 2022, son niveau dépasse celui de 2019 : 351 M€ de préjudices détectés pour les fraudes de la branche famille ; 316 M€³⁵³ et 181 M€ de préjudices subis et évités pour les fraudes et fautes détectées respectivement par l'assurance maladie et la branche vieillesse. Les résultats de la branche famille s'inscrivent cependant en deçà de l'objectif COG (soit 380 M€).

La Cnam affiche l'objectif d'accroître significativement le montant des préjudices subis et évités détectés par l'assurance maladie au cours de la prochaine COG 2023-2027. La cible fixée pour 2024 s'élèverait ainsi à 500 M€. À ce jour, la Cnaf et la Cnav n'ont pas communiqué leurs objectifs. En tout état de cause, un renforcement des contrôles effectués par les organismes sociaux est indispensable afin de réduire la fraude non détectée.

³⁵³ Dont 69 M€ au titre d'actions de contrôle visant les honoraires facturés par des professionnels de santé au titre d'actes et de prestations liés à la crise sanitaire.

Graphique n° 25 : objectifs et résultats de la détection de préjudices dans le cadre de la lutte contre les fraudes (2013-2022)



Source : Cour des comptes, d'après les informations transmises par la Cnaf, la Cnam, la Cnav, et la CCMSA. Les COG Famille et Maladie présentent une rupture en 2017.

2 - Accroître les contrôles pour détecter une part accrue du montant estimé de la fraude

La crise sanitaire a conduit l'assurance maladie à réduire le nombre de contrôles effectués au titre de la lutte contre les fraudes et les pratiques fautives : le nombre d'acteurs contrôlés pour lesquels une fraude ou une faute a été détectée est encore en 2022 à un niveau inférieur d'un dixième à celui de 2019.

Les établissements de santé restent aujourd'hui la seule catégorie de bénéficiaires de prestations à ne faire l'objet d'aucun contrôle dans le cadre de la lutte contre les fraudes. Les contrôles sur l'application de la tarification à l'activité (T2A) par les établissements de santé au vu des dossiers des patients (52 M€ de préjudices subis constatés en 2019) ont été

interrompus depuis mars 2020 en raison de la crise sanitaire. Il importe que ces contrôles reprennent, sur un champ plus large que celui prévalant avant la crise sanitaire (moins de 0,7 % des séjours de médecine, chirurgie et obstétrique), en ciblant dans un premier temps ceux des établissements publics et privés dont le montant des recettes dépasse celui procuré par la garantie de financement³⁵⁴ appliquée entre 2020 et 2022 dans le contexte de crise sanitaire.

Pour leur part, les contrôles effectués par les CPAM sur les factures émises par les professionnels de santé continuent à porter sur une fraction minimale de ces dernières (en 2022, 3,2 % des factures des masseurs kinésithérapeutes, 4,2 % de celles des infirmiers, 4,2 % de celles des transporteurs sanitaires et des taxis conventionnés, 2 % de celles des pharmaciens et 1,7 % de celles des médecins). Augmenter le nombre de contrôles est indispensable afin de mettre en échec les surfacturations répétées de certains professionnels de santé au regard de leur activité réelle et d'accroître la part des montants de préjudices estimés qui est mise en recouvrement.

La Cnaf a réduit les objectifs de contrôle sur pièces et sur place qu'elle fixe aux CAF, en 2020 dans le contexte de crise sanitaire et, plus encore, en 2021, en raison des difficultés de mise en œuvre de la réforme des aides personnelles au logement. Les objectifs pour 2022 de contrôles sur pièces et sur place et de nombre de fraudes à qualifier restaient inférieurs à ceux de 2019. S'agissant des contrôles, les CAF n'atteignent pas systématiquement les objectifs fixés.

Comme le montre le tableau suivant, l'efficacité croissante des contrôles a permis aux montants d'indus (et de rappels) sur prestations de dépasser en 2022 leur niveau de 2019. Toutefois, le nombre de contrôles effectués s'inscrit en-deçà de celui de cette dernière année, ce qui limite les possibilités de détection d'indus frauduleux et non frauduleux. Cette situation pénalise la sécurité sociale et, plus encore, l'État et les départements, qui financent les prestations les plus fraudées versées par les CAF (RSA, prime d'activité et aides personnelles au logement).

³⁵⁴ Voir chapitre III du présent rapport.

Tableau n° 23 : nombre et résultats des contrôles des CAF

	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Nombres de contrôles effectués (hors contrôles automatisés)</i>					
<i>Sur pièces</i>	4 541 537	4 343 669	4 287 431	3 885 063	3 920 102
<i>Sur place</i>	169 539	169 653	105 997	127 878	134 653
<i>Autre (examen de pièces justificatives)</i>	278 292	251 121	205 326	277 711	181 996
<i>Montants des impacts financiers (en M€)</i>					
<i>Indus (*)</i>	714	793	806	751	878
<i>Rappels</i>	239	239	209	219	242
<i>Total</i>	953	1 032	1 015	970	1 120
<i>Indus qualifiés de frauduleux</i>					
<i>Nombre</i>	44 897	48 754	36 917	43 208	48 692
<i>Montant (M€)</i>	305	324	255	309	351
<i>En % de (*)</i>	43	41	32	41	40

Source : Cour des comptes d'après les données de la Cnaf

Bien qu'en hausse en 2022, les montants d'indus détectés et qualifiés de frauduleux par les CAF n'ont augmenté qu'à la marge la fraude qui a augmenté au regard des deux dernières estimations de la Cnaf (2,8 Md€ en 2021, contre 2,3 Md€ en 2019). De fait, les contrôles sur place, les plus approfondis³⁵⁵, n'ont couvert en 2022 que 3 % des 3,1 millions de foyers bénéficiaires du RSA, prestation la plus fraudée. En accroître le nombre est indispensable afin de réduire l'étendue des fraudes au RSA, qui affectent un euro sur dix et un allocataire sur sept selon l'estimation de la Cnaf.

Le nombre de dossiers contrôlés par les caisses de retraite dans le cadre de la lutte contre les fraudes avait quelque peu augmenté en 2021 par rapport à 2019 (+ 4%), mais a chuté en 2022 (5 967 contre 7 615 en 2019). En 2022, seul un dossier sur près de 2 520 est contrôlé (les données font défaut pour apprécier cette proportion par type de prestation). Les caisses détectent néanmoins une fraude ou une faute pour une part croissante des dossiers qu'elles contrôlent (55,3 % en 2022 soit + 14,7 points par rapport à 2019). Cependant, le stock de signalements non traités augmente, au titre notamment du minimum vieillesse, prestation pourtant la plus fraudée selon la Cnav.

³⁵⁵ Visite au domicile ou convocation de l'allocataire, recoupement de données, utilisation du droit de communication auprès de tiers.

Accroître le montant des indus frauduleux ou fautifs détectés³⁵⁶ nécessite d'étendre les contrôles.

3 - Accroître les moyens humains de la lutte contre les fraudes

Au regard des données communiquées par les organismes de protection sociale, un peu moins de 3 400 agents exprimés en équivalent temps plein concourent en 2021 à la réalisation de contrôles *a posteriori* susceptibles de détecter des fraudes, hors fonctions support, principalement dans les CAF et à l'assurance maladie (service médical compris).

Dans le cadre des moyens dont ils sont aujourd'hui dotés, les organismes de protection sociale conservent des marges de progression dans la détection de préjudices lors de la réalisation de contrôles *a posteriori*. Ainsi, la fréquence de détection par contrôle effectué varie d'un à trois entre les caisses de retraite de la France hexagonale. Sauf exception, cette donnée n'est pas suivie par la Cnam.

Néanmoins, la question des effectifs affectés à la réalisation de contrôles *a posteriori* apparaît posée. En effet, les possibilités d'amélioration du ciblage des contrôles *a posteriori* atteignent leurs limites³⁵⁷. En outre, la détection d'irrégularités et leur qualification éventuelle en tant que fraude requiert un temps d'investigation important, notamment pour les professionnels de santé (recueil de témoignages des assurés et des membres de leur famille, analyse du contenu de la prise en charge sanitaire par le service médical de l'assurance maladie). L'assèchement – indispensable – d'une partie des risques de fraude à la source (voir A - *supra*) ne fera pas disparaître certains risques pour lesquels un travail humain d'investigation est indispensable : réalisation d'actes de soins fictifs, sur-cotation d'actes réalisés, fausse délivrance de produits de santé, travail non déclaré, départ de France.

Lutter plus efficacement contre les fraudes aux prestations nécessite ainsi d'accroître les moyens humains affectés par les caisses de sécurité sociale à la réalisation de contrôles *a posteriori*, sans réduire ceux consacrés aux contrôles *a priori* de l'attribution des prestations.

³⁵⁶ 25 M€ en 2022 contre 23 M€ en 2019.

³⁵⁷ À titre d'illustration, les contrôles sur place effectués en 2021 par les CAF ont permis de détecter des indus ou des rappels pour 70 % des allocataires concernés.

C - Des indus à mieux constater et recouvrer, des sanctions à alourdir pour les auteurs

1 - Constater l'ensemble des indus frauduleux et améliorer leur recouvrement

La réduction des préjudices subis par les organismes de protection sociale dépend non seulement d'une détection plus fréquente des fraudes, mais aussi d'une hausse du montant des indus constatés à l'occasion de chaque fraude détectée et de celle du montant des indus recouvrés.

Les contrôles de l'assurance maladie sur les facturations des professionnels et des établissements de santé font apparaître des erreurs répétitives dans l'application des nomenclatures tarifaires. Suivant une recommandation de la Cour, la LFSS pour 2023 a donné aux caisses d'assurance maladie la possibilité, à l'issue d'une phase contradictoire, de procéder à une extrapolation des montants d'indus détectés à partir des résultats d'un contrôle partiel de l'activité d'un professionnel, d'un distributeur de dispositifs médicaux ou d'un établissement de santé. En cas d'accord écrit du professionnel de santé, le montant extrapolé des indus sera opposable aux deux parties, avec la même force juridique qu'une transaction. À défaut d'un accord, les caisses d'assurance maladie ont vocation à notifier l'indu, qui sera ou non contesté par son débiteur.

Par ailleurs, la LFSS pour 2023 met à la charge des professionnels, des établissements et des assurés pour lesquels une fraude est constatée une pénalité égale à 10 % du montant des indus notifiés. Cette disposition invite l'assurance maladie à distinguer de manière précise les fraudes par rapport aux fautes, y compris pour les établissements.

Constater les indus sur la totalité des périodes non prescrites

Mettre en recouvrement une part accrue des préjudices imputables à des fraudes nécessite aussi d'appliquer à la constatation et au recouvrement des indus frauduleux les durées de prescription plus longues (cinq années) que celles propres aux indus non frauduleux (deux années).

Or, compte tenu des délais de réalisation des contrôles, les CPAM préfèrent circonscrire les périodes de contrôle et, en tout état de cause, ne pas investiguer les facturations antérieures à celles directement consultables dans le système d'information de l'assurance maladie³⁵⁸. Les possibilités nouvelles d'extrapolation des indus prévues par la LFSS pour 2023 invitent à élargir les périodes contrôlées.

En l'absence d'adaptation de leur système d'information, les CAF constatent et mettent en recouvrement les indus frauduleux uniquement sur deux années, comme s'il s'agissait d'indus non frauduleux (ou plus rarement sur trois années, à l'aide d'un outil bureautique). Il importe que le nouveau système d'information des CAF, en cours de développement, intègre l'ensemble des fonctionnalités nécessaires au calcul des indus frauduleux sur l'ensemble des périodes non prescrites.

Par ailleurs, il convient d'améliorer le recouvrement des indus frauduleux constatés, en mettant à niveau des outils déficients : les caisses d'assurance maladie suivent toujours leurs créances d'indus, frauduleux ou non, dans des outils bureautiques disparates ; le système d'information de l'assurance vieillesse ne permet pas de connaître le taux de recouvrement des indus par année d'émission.

Afin d'améliorer le recouvrement des indus liés à des fraudes, la Micaf mène un projet de plateforme d'échanges entre banques et administrations (Peba), dispositif sécurisé de demandes aux banques et de transmission d'informations par ces dernières dans le cadre du droit de communication. Début 2022, trois réseaux bancaires participaient à ce dispositif, qui a vocation à être généralisé.

En 2011, les organismes de sécurité sociale ont conclu une convention avec l'agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués (Agrasc). Cependant, elle n'a pas été appliquée en raison de délais de saisine trop courts pour les organismes. En mars 2022, a été engagée une expérimentation dans laquelle l'Agrasc fait connaître plus tôt aux organismes de sécurité sociale les dossiers sur lesquels ils sont susceptibles de faire valoir leurs droits. Aucune action de recouvrement par l'intermédiaire de l'Agrasc n'est cependant intervenue à ce jour.

³⁵⁸ Les données de facturation par assuré sont conservées sur deux années et un trimestre, mais une requête peut permettre de les récupérer sur une durée plus longue.

2 - Sanctionner systématiquement les fraudes

Les directeurs des caisses de sécurité sociale peuvent prononcer des sanctions administratives (pénalités financières et avertissements)³⁵⁹. Ils privilégient les sanctions administratives par rapport aux plaintes auprès du juge pénal car ils n'ont pas à démontrer une intention de frauder et peuvent les appliquer rapidement. La LFSS pour 2023 a de nouveau relevé les plafonds de pénalités que peuvent prononcer les CPAM en cas de fraude³⁶⁰.

Des sanctions insuffisamment et diversement appliquées

La Cnaf prescrit aux CAF une sanction systématique, par un avertissement, une pénalité financière ou une plainte au pénal en fonction de la gravité des fraudes. La Cnam a prescrit aux CPAM de porter la part des fraudes sanctionnées de 42 % en 2018 à 66 % en 2022³⁶¹. Les caisses de retraite n'ont sanctionné que 76 % des fraudes en moyenne entre 2019 et 2022 et les caisses de la MSA, 50 % en 2022 selon l'estimation de la Cour.

Par ailleurs, des faits de même gravité peuvent être sanctionnés de manière différente. C'est le cas lorsque la caisse nationale n'a pas fixé de consignes régulières ou suffisamment précises à son réseau (Cnav), ou a défini un barème ne visant que quelques situations (Cnam), ou lorsque les caisses locales dérogent au barème fixé par la caisse nationale (15 % des cas de fraude sanctionnés en décembre 2022 pour les CAF). Des sanctions hétérogènes peuvent aussi être appliquées aux fraudes communes au RSA et à d'autres prestations, lorsque les conseils départementaux ne les délèguent pas aux CAF.

Les CPAM peuvent aussi engager une procédure de déconventionnement à l'encontre de professionnels de santé pour interrompre des fraudes répétées. Elles y recourent cependant de manière rarissime (45 cas en 2022, après 28 en 2021, 14 en 2020 et 34 en 2019). Il importe qu'elles exercent effectivement les prérogatives dont elles sont dotées.

³⁵⁹ En 2022, les Caf, CPAM et caisses de retraite ont, prises ensemble, prononcé 15 129 avertissements et 33 764 pénalités financières pour un montant total de 39 M€ (850 avertissements et 457 pénalités pour 0,3 M€ pour la MSA en 2022). En outre, les caisses de retraite adressent des lettres de rappel, qui ont représenté entre 2019 et 2022 près des deux-tiers des actions de toute nature visant à sanctionner ou à prévenir les fraudes et les fautes.

³⁶⁰ À hauteur de 300 % du préjudice financier ou de huit fois le PMSS à défaut de sommes clairement déterminables, et jusqu'à 400 % du préjudice financier ou seize PMSS en cas de fraude en bande organisée.

³⁶¹ Selon la Cnam, cette dernière cible a été nettement dépassée en moyenne (94 %).

Des possibilités renforcées de déconventionnement

Un décret³⁶² a donné en 2020 la possibilité aux CPAM de déconventionner d'urgence, à titre conservatoire, pour une durée de trois mois au plus, un professionnel libéral de santé en cas de violation particulièrement grave des engagements conventionnels, notamment en cas de dépôt de plainte ou de préjudice financier pour l'assurance maladie. La LFSS pour 2021 avait prévu une suspension d'office de la convention lorsque le professionnel fait l'objet, pour la seconde fois sur une période de cinq ans, d'une sanction administrative ou d'une condamnation pénale devenue définitive. La LFSS pour 2023 a substitué à cette suspension le placement d'office hors la convention pour des faits à caractère frauduleux, fixé un seuil de préjudice à son application³⁶³ et prévu que le professionnel ne peut être à nouveau placé sous le régime conventionnel qu'après s'être acquitté de ses dettes ou avoir signé un plan d'apurement de celles-ci.

Sauf exception (branche famille³⁶⁴), les organismes sociaux ne suivent pas la récidive des auteurs de fraudes. La mise en place par la Cnam d'un suivi précis de la récidive est indispensable au regard de son objectif de mieux articuler la prévention, le contrôle et la sanction, lui-même à concrétiser dans l'ensemble de ses aspects (voir encadré). La Cnav devrait également se doter d'un tel suivi.

Agir sur les comportements : des démarches inégalement abouties

Depuis 2018, les CAF adressent aux allocataires des lettres de mise en garde quand elles détectent des indus répétitifs ou de montant élevé traduisant notamment des omissions de déclaration de ressources ou de reprise d'activité professionnelle (plus de 80 000 lettres en 2022). Cette action est efficace : le taux de récidive (2,4 %) est plus faible que pour les sanctions proprement dites.

La Cnam prévoit la mise en œuvre d'une action pédagogique à l'égard des infirmiers nouvellement installés afin qu'ils appliquent les consignes de facturation de l'assurance maladie, puis de contrôles afin de vérifier cette bonne application. Seul le premier volet a commencé à être déployé. La Cnam prévoit d'étendre ce dispositif aux masseurs-kinésithérapeutes en 2023.

³⁶² Décret n° 2020-1465 du 27 novembre 2020 pris pour l'application de dispositions législatives datant de 2007.

³⁶³ Huit fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, soit 29 328 € en 2023.

³⁶⁴ En 2022, 5,4 % des allocataires des CAF pour lesquels une fraude a été constatée ont récidivé.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

À la suite des rapports de l'Assemblée nationale et de la Cour de septembre 2020, des progrès significatifs sont intervenus dans la lutte contre les fraudes, dans un contexte rendu difficile par la crise sanitaire : de nombreuses évolutions législatives, des mutualisations accrues de données entre les organismes sociaux et entre ces derniers et les administrations de l'État, une coordination renforcée des acteurs administratifs, la mise en œuvre d'estimations de la fraude par l'assurance maladie.

Néanmoins, la lutte contre les fraudes aux prestations sociales peine à changer d'échelle.

En outre, certaines évolutions engagées font apparaître des risques particuliers : des objectifs chiffrés de détection des fraudes pour les années à venir qui augmenteraient, mais n'entameraient pas significativement la fraude, faute de contrôles en nombre suffisant ; une prise en compte insuffisante ou trop lente de l'enjeu de réduction des possibilités de fraude dans le cadre d'évolutions des systèmes d'information ; l'absence d'amélioration de la cohérence de la réponse pénale aux faits les plus graves ; l'absence de textes réglementaires d'application des dispositions d'une ordonnance du 18 novembre 2020 (obligation de dématérialisation de leurs prescriptions pour les professionnels et les établissements de santé) et des lois de financement de la sécurité sociale pour 2021 et 2022 (obligation de facturation individuelle et directe des séjours à l'assurance maladie pour les établissements publics et privés non lucratifs, dérogation à la garantie de paiement pour les professionnels fraudeurs ou fautifs, suspension d'office de la convention avec l'assurance maladie pour les professionnels récidivistes, recours à des données biométriques pour le contrôle de l'existence de retraités à l'étranger).

La Cour réaffirme, par conséquent, les recommandations qu'elle a formulées en 2020, qui visent à estimer la fraude sur le champ le plus étendu, à tarir à la source les possibilités systémiques de fraude permises encore par un calcul des prestations effectué le plus souvent à partir d'informations fournies non par des tiers mais par leurs bénéficiaires, à accroître le nombre de contrôles afin de détecter un nombre accru de cas de fraudes, à recouvrer plus efficacement les indus liés à des fraudes et à sanctionner plus efficacement leurs auteurs.

Elle formule de surcroît les quatre recommandations suivantes :

- 27. publier les textes réglementaires permettant d'assurer une application rapide et entière des dispositions organiques et législatives parues depuis 2020 qui concourent à lutter plus efficacement contre la fraude sociale (ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion, ministère de la santé et de la prévention, ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique) ;*
 - 28. adapter les systèmes d'information afin de constater et mettre en recouvrement les indus frauduleux sur l'ensemble des périodes non prescrites selon les règles de droit en vigueur (ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion, ministère de la santé et de la prévention, ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, Cnaf et Cnam) ;*
 - 29. dans le cadre du projet METEORe de refonte de la chaîne informatisée de règlement des frais de santé, déployer des contrôles automatisés permettant de bloquer les règlements de l'ensemble des facturations des professionnels et des établissements de santé qui présentent un caractère irrégulier au regard des nomenclatures tarifaires en vigueur (ministère de la santé et de la prévention, Cnam) ;*
 - 30. afin de réduire notablement les fraudes non détectées, porter dès 2024 le nombre de contrôles a posteriori à un niveau plus élevé que celui de 2019, antérieur à la crise sanitaire (ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion, ministère de la santé et de la prévention, ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, Cnaf, Cnam et Cnav).*
-

Troisième partie

Des évolutions nécessaires

Chapitre VIII

La maîtrise médicalisée des dépenses de santé : une régulation inaboutie

PRÉSENTATION

Confrontée à la nécessité de maîtriser l'évolution des dépenses de santé, la France, comme la plupart des pays européens, peut agir sur plusieurs leviers : sur le volume des actes de soins, sur leur tarification, sur la réduction du nombre d'actes et de produits non justifiés au regard des « données acquises de la science »,³⁶⁵ ou pour lesquels il existe, à efficacité égale, des actes et des produits de moindre coût. C'est la « maîtrise médicalisée » des dépenses de santé, dans le sens premier qui lui a été donné avant qu'elle soit englobée dans la notion plus large de « gestion du risque » par la caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam). Présentée comme l'un des principaux garants du respect de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (Ondam)³⁶⁶, la maîtrise médicalisée a donc pour objectif de réduire les dépenses de santé inutiles, redondantes, voire délétères, sans porter atteinte à la qualité des soins nécessaires.

Cette forme de régulation des dépenses ne contrevient pas au principe de liberté dont jouissent les médecins dans leurs actes et prescriptions, les médecins étant déjà tenus d'observer « a plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins »³⁶⁷.

Elle se concrétise, essentiellement, par des mesures incitatives visant à améliorer les prescriptions.

La mise en œuvre de la maîtrise médicalisée est délicate et le chiffrage de ses effets, recherchés et constatés, repose sur des estimations insuffisamment robustes et par trop optimistes (I). Au regard des bénéfices attendus, moins de dépense pour davantage d'efficacité, les actions développées et les moyens mobilisés ne sont pas à la hauteur des enjeux. Le renforcement des actions et des moyens de la maîtrise médicalisée est indispensable pour apporter les gains d'efficacité escomptés (II).

³⁶⁵ Code de la santé publique (CSP), art. R. 4127-32.

³⁶⁶ L'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) est un objectif de dépenses à ne pas dépasser en matière de soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés ou publics, et dans les centres médico-sociaux. Il a été créé par ordonnance en 1996 et est fixé chaque année par le Parlement, dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS).

³⁶⁷ CSP, art. L. 162-2-1.

I - Un outil décevant au regard des ambitions qu'il porte

A - Des actions centrées principalement sur les prescriptions

1 - Rationaliser les prescriptions sans les rationner

Les rapports de l'Assemblée nationale et de la Cour ont contribué à donner une nouvelle impulsion à la lutte contre les fraudes aux prestations, qui se manifeste par de nombreuses mesures législatives, des réorganisations administratives et l'établissement d'estimations de la fraude.

La « médecine fondée sur les preuves »³⁶⁸, apparue dans les années 1970, a mis en évidence que nombre de prescriptions par les praticiens médicaux et de prises en charge par les établissements de santé étaient éloignées des pratiques justifiées scientifiquement³⁶⁹ et que seuls étaient pertinents les actes et produits dont les bénéfices démontrés étaient estimés supérieurs aux inconvénients identifiés. Cette appréciation tient compte du contexte spécifique de chaque patient : tableau clinique, contexte social, culturel, disponibilité de l'offre de soins, préférence du patient, accès aux soins innovants, etc.

Dans ce cadre, la maîtrise médicalisée vise à supprimer les dépenses liées à des soins jugés non pertinents. Elle consiste donc à « *promouvoir le juste soin, pertinent, efficace, conforme aux recommandations, organisé de la façon la plus efficiente possible, évitant de gaspiller des ressources sans valeur ajoutée* »³⁷⁰ et constitue une troisième voie de régulation des dépenses de santé, à côté de la régulation tarifaire et de la régulation par les quantités (enveloppe limitative de soins pour une période, pratiquée par exemple en Grande-Bretagne).

³⁶⁸ La traduction anglaise « *evidence based medicine* » (EBM) est passée dans le langage courant pour désigner cette approche, désormais mondialement reconnue.

³⁶⁹ Classiquement, il est considéré que la publication aux États-Unis, en 1972 – et en France, en 1977 – du livre *L'inflation médicale, réflexions sur l'efficacité de la médecine* d'Archibald Cochrane, marque le fondement théorique de la maîtrise médicalisée.

³⁷⁰ Dominique Polton, Mathilde Lignot-Leloup *Régulation des dépenses de santé et maîtrise médicalisée*, in *Traité de santé publique*, éditions Lavoisier, 2016, Paris.

2 - Une conception qui a évolué au fil du temps

Les actions de maîtrise médicalisée sont apparues au début des années 1990, portées par la politique conventionnelle de l'assurance maladie avec la définition, sous un angle médical et scientifiquement fondé, de « soins remboursables », avant que la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993, dite loi Teulade, définisse des références médicalement opposables (RMO). Celles-ci n'ont toutefois pas rencontré le succès attendu³⁷¹.

Tirant les leçons de cet échec ainsi que de celui des « accords de bon usage »³⁷², l'assurance maladie a mis en place des contrats rémunérés pour l'amélioration des pratiques individuelles. Conçu initialement en dehors du cadre conventionnel, ce mécanisme incitatif y a été intégré en 2011 avec la mise en place de la « rémunération sur objectif de santé publique » (Rosp)³⁷³. Parallèlement, les pouvoirs publics ont cherché à établir depuis 1991 des recommandations de bonnes pratiques et de bon usage des produits de santé. Cette mission est aujourd'hui confiée, notamment, à la Haute Autorité de santé (HAS)³⁷⁴.

À partir des années 2010, la maîtrise médicalisée s'est vu adjoindre un concept qualitatif de « pertinence des soins », d'application plus large. En effet, celle-ci vise non seulement l'excès mais aussi l'insuffisance, voire le défaut, de soins adaptés et efficaces. Elle est fondée sur une approche plus qualitative qui ne comporte pas directement d'objectif quantifié d'économies, à la différence de la maîtrise médicalisée. Le concept de pertinence des soins, d'abord orientée vers les actes chirurgicaux non-pertinents, consiste aujourd'hui à définir et à structurer les parcours de soins les plus efficaces, là où le rôle de la maîtrise médicalisée se limite à définir un « panier de soins » de référence.

Aujourd'hui, la maîtrise médicalisée tend à être placée au second plan par la Cnam au profit d'une approche plus vaste, la « gestion du risque », qui entend réduire les dépenses de santé en agissant sur chaque maillon de la chaîne des faits générateurs, qu'il s'agisse de la prévention et de la pertinence des soins ou de la lutte contre la fraude³⁷⁵.

³⁷¹ Rapport sur la sécurité sociale, Cour des comptes, 1997.

³⁷² L'accord de bon usage des soins était un engagement collectif pour l'optimisation des pratiques, apparu dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000. Fixé par les partenaires conventionnels, il intégrait un objectif d'évolution des pratiques médicales. Chaque convention nationale conclue avec les professionnels de santé devait comporter au moins un tel accord mais aucune pénalité n'était prévue en cas d'absence de résultat.

³⁷³ Introduite par la convention médicale de 2011, la Rosp consiste à accorder une rémunération supplémentaire aux médecins acceptant de faire évoluer leurs pratiques sur certains critères aussi bien médicaux qu'économiques.

³⁷⁴ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

³⁷⁵ La direction générale de la santé (DGS) y inclut également la réduction des déchets d'activité de soin à risque infectieux (Dasri).

Maîtrise médicalisée et gestion du risque, des objectifs différents

La maîtrise médicalisée constitue, par construction, un outil de maîtrise de l'Ondam³⁷⁶. La gestion du risque, quant à elle, s'inscrit dans un ensemble d'actions plus vaste visant à s'assurer de la mise en œuvre de la politique de santé³⁷⁷. La Cnam tend à privilégier la gestion du risque, à travers un programme de rénovation (« *Rénov'GDR* ») reposant sur trois priorités :

- la rénovation des modalités d'intervention auprès des professionnels de santé, qu'il s'agisse de diversifier les supports de formation ou d'information (visioconférences, webinaires, Mooc³⁷⁸) ou de s'adresser simultanément à plusieurs interlocuteurs (médecins, pharmaciens, assurés) de façon graduée et personnalisée, tout en évaluant mieux, dans la durée, l'efficacité des actions ainsi conduites³⁷⁹, grâce à l'apport d'un nouvel outil statistique d'évaluation de campagne (« *Stec* ») ;
- l'enrichissement des données disponibles visant à permettre un ciblage plus fin des professionnels et des actions à conduire ; dans ce but, l'assurance maladie a décidé de créer un premier entrepôt de données sur les indemnités journalières et sur l'invalidité, issues de différentes bases de données³⁸⁰ ;
- la responsabilisation des professionnels de santé quant à leurs pratiques et celles des patients, premiers acteurs de leur propre prise en charge ; pour les premiers, la Cnam prévoit de développer des outils de mise à disposition régulière et fréquente, voire continue, de données de prescription³⁸¹, dans l'objectif de leur permettre de comparer leurs pratiques, au niveau local comme au niveau national³⁸² ; pour les seconds, par des actions de sensibilisation à l'importance d'une bonne hygiène de vie et de la stricte observance des traitements qui leur sont prescrits.

³⁷⁶ La loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 indique, dans son annexe B, que la progression de l'Ondam tient compte notamment « *des économies permises par la maîtrise médicalisée et la lutte contre la fraude* ».

³⁷⁷ Code de la sécurité sociale (CSS), art. L. 182-2-1-1 : « *dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale et afin d'assurer la mise en œuvre de la politique de santé définie à l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, l'autorité compétente de l'État conclut avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie un contrat dénommé "plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins" [...]* »

³⁷⁸ En particulier pour les arrêts de travail, dans le cadre plus large d'actions s'inscrivant dans une feuille de route spécifique à la gestion du risque en matière d'indemnités journalières, au regard des enjeux associés.

³⁷⁹ Une bibliothèque des actions de GdR a aussi été mise en place afin de recenser et de mettre à disposition les bonnes pratiques locales.

³⁸⁰ L'objectif est de disposer d'éléments sur les motifs des arrêts, la durée des arrêts, l'âge des bénéficiaires, le niveau de leur rémunération, le secteur d'activité, la taille de l'entreprise...

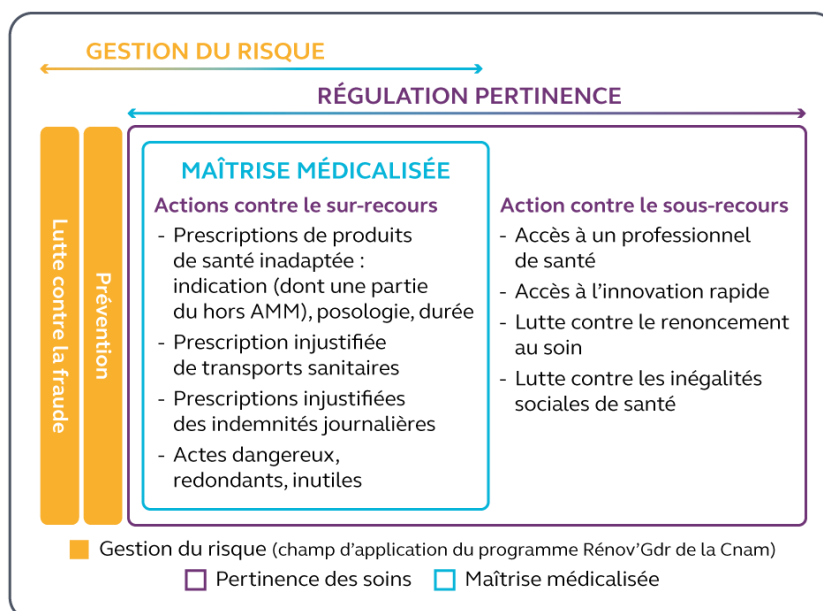
³⁸¹ Pour les établissements de santé, existe d'ores et déjà l'outil Visuchir, de data-visualisation des activités de chirurgie. Des transpositions de cet outil sont en cours : Visumed (sur la médecine ambulatoire hospitalière), Visuinterventionnel (sur la médecine interventionnelle) et Visuk (sur la cancérologie).

³⁸² Projet dit « *Pratique et patientèle* » de mise en ligne dans « *AmeliPro* » des profils individuels des médecins.

Ces actions, qui devront être évaluées dans la durée, ne doivent toutefois pas conduire l'assurance maladie à abaisser son ambition en matière de maîtrise médicalisée *stricto sensu*, telle qu'elle est voulue par le législateur et que la Cnam intègre dans le processus d'ensemble de gestion du risque.

Le schéma suivant illustre la place de la maîtrise médicalisée dans le champ de compétence de l'assurance maladie, à l'intersection du processus de gestion du risque et de la régulation de la pertinence des soins.

Schéma n° 5 : gestion du risque, maîtrise médicalisée et pertinence des soins



Source : Cour des comptes

La Cour rend compte, dans le présent chapitre, de la mise en œuvre de la maîtrise médicalisée dans sa conception originelle, *stricto sensu*, qui définit un type d'actions qui concernent tant la médecine de ville que les soins hospitaliers, même si les pouvoirs publics les concentrent *de facto* sur les soins de ville et, plus particulièrement, sur la prescription médicamenteuse.

En s'attaquant aux inefficiences du système de santé, sans rationner les soins, la régulation par la maîtrise médicalisée se veut *a priori* plus acceptable par l'ensemble des parties prenantes. Cependant, sauf exceptions telles que les prescriptions dont la prise en charge est soumise à accord

préalable de l'assurance maladie³⁸³, les médicaments à prescription restreinte³⁸⁴ ou, encore, les prescriptions susceptibles de mettre en jeu la vie du patient compte tenu des données acquises de la science, les médecins demeurent globalement libres de leurs prescriptions³⁸⁵. Dès lors, pour être mise en œuvre, la maîtrise médicalisée nécessite, précisément, de convaincre les professionnels de santé de faire évoluer leurs pratiques et, s'agissant des patients, de modifier leurs comportements, objectifs contrariés par la logique de rémunération à l'acte des prescripteurs et par la segmentation des soins, particulièrement de ville, entre les professionnels de santé.

3 - Des actions incitatives diverses

Outre les évolutions législatives ou réglementaires et les incitations financières en direction des praticiens, et les campagnes de communication en direction du grand public qu'elle peut inspirer, la maîtrise médicalisée se matérialise, pour l'essentiel, par de l'information (courriers) et par des visites de délégués de l'assurance-maladie et de médecins conseils auprès des professionnels de santé afin de les inciter à améliorer leurs pratiques. Ces actions ne visent pas à sanctionner les professionnels ou les patients, contrairement, par exemple, à la lutte contre la fraude.

Les mesures se concentrent sur le champ des médicaments, soit pour en limiter la prescription lorsqu'elle est peu justifiée, soit pour en favoriser la fourniture sous les formes plus économiques de génériques³⁸⁶ ou de biosimilaires (équivalent des génériques pour les médicaments biologiques³⁸⁷).

³⁸³ La prise en charge de certains actes ou prestations, coûteux, rares ou de longue durée, peut être soumise à l'accord préalable de l'assurance maladie.

³⁸⁴ Du fait de contraintes techniques d'utilisation, de sécurité d'utilisation, ou par nécessité d'une hospitalisation pour la réalisation du traitement, certains médicaments peuvent n'être prescrits que dans des conditions très spécifiques.

³⁸⁵ CSS, art. L. 162-2 : « Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 ».

³⁸⁶ Par exemple, de longue date, les pouvoirs publics ont promu l'utilisation de génériques en lieu et place des médicaments princeps. La dernière mesure en date, portée par la LFSS pour 2019, est venue limiter le remboursement du médicament au tarif de son générique. En cas de refus du patient, celui-ci doit alors s'acquitter de la différence de prix.

³⁸⁷ Une incitation financière à leur prescription a ainsi été mise en place par l'avenant n° 9 à la convention médicale, signé le 30 juillet 2021, et la LFSS pour 2022 permet désormais aux pharmaciens de substituer à un médicament biologique son biosimilaire. Toutefois, cette mesure ne s'applique aujourd'hui qu'à deux groupes biologiques, le *Filgrastim* et le *Pegfilgrastim* (molécules destinées à renforcer les défenses immunitaires en cas de chimiothérapie). Par ailleurs, un arrêté du 12 décembre 2022 a défini une dotation pour les établissements de santé répondant à des critères d'efficacité et de pertinence dans leurs prescriptions d'*Etanercept*, d'*Adalimumab* et d'insuline glargine (biomédicaments capables de bloquer l'action inflammatoire nocive sur les articulations et l'organisme et, pour l'insuline, permettant de réguler le métabolisme du glucose).

Dans sa conception actuelle, la maîtrise médicalisée ne concerne que de manière secondaire les dispositifs médicaux³⁸⁸, les arrêts de travail³⁸⁹, certaines pathologies et les transports sanitaires, et encore moins les dépenses hospitalières. Ce champ restreint ne signifie pas que l'assurance maladie ne s'intéresse pas au bien-fondé et à la réduction de ces dépenses ; elle s'y emploie selon l'approche différente, et plus englobante, de la gestion du risque (cf. *infra*).

Exemples d'actions de maîtrise médicalisée

L'action de maîtrise médicalisée visant à réduire la consommation des antibiotiques en agissant du côté des prescripteurs et des patients (cf. la campagne « *Les antibiotiques, ce n'est pas automatique* ») date du début des années 2000. La France en était, à l'époque, l'un des plus grands consommateurs et des phénomènes d'antibiorésistance³⁹⁰ commençaient à se manifester. Si de premiers résultats positifs ont été obtenus, ils n'ont pas perduré, comme l'a rappelé la Cour des comptes dans son référé n° 2018-3239 du 14 février 2019. La France demeure au 4^{ème} rang des pays les plus consommateurs d'antibiotiques, à un niveau 2,5 fois supérieur à celui des Pays-Bas, à titre d'exemple.

De même, au début des années 2010, les pouvoirs publics ont cherché à réduire la consommation de médicaments psychotropes indiqués pour traiter les états anxieux (benzodiazépines), en raison d'une consommation élevée et de la prescription de doses et de durées inappropriées (en 2015, 13,4 % de la population consommait des benzodiazépines en France, dont 4 % en association avec un antidépresseur³⁹¹). Les diverses actions engagées (renforcement de la formation, documents diffusant des conseils pour faire évoluer la pratique médicale...) n'ont pas fait évoluer sensiblement la situation à ce jour.

³⁸⁸ Les dispositifs médicaux vont des consommables (pansements, masques chirurgicaux...) aux implants (prothèses cardiaques, stents...), en passant par des équipements (lits médicaux, fauteuils roulants, respirateurs...). Cf. Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2020, chapitre VI « *La régulation des dépenses de dispositifs médicaux : des actions de maîtrise à accentuer* ».

³⁸⁹ Actions menées en direction de 7 000 médecins fortement prescripteurs, 7 000 très fortement prescripteurs et de 700 à 1 000 sur-prescripteurs, Cour des comptes, rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale 2019, chapitre III « *Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail* ».

³⁹⁰ L'antibiorésistance résulte de la sélection naturelle des souches de bactéries résistantes aux traitements antibiotiques ; ces catégories de bactéries, par définition plus résistantes, mettent en échec les traitements.

³⁹¹ ANSM, « *État des lieux de la consommation de benzodiazépines en France* », avril 2017.

Plus récemment, l'assurance maladie a invité les professionnels et les patients diabétiques à mieux utiliser un dispositif médical de mesure continue de la glycémie admis au remboursement depuis le 1^{er} juin 2017. Cette automesure permet au patient de surveiller son équilibre glycémique et d'adapter son traitement insulinique. Or, la première prescription n'émanait pas toujours d'un endocrinologue, comme le prévoit pourtant la réglementation et il en résultait un plus grand risque de mésusage par les patients, avec des conséquences sur leur santé. Aussi, en 2019, une campagne d'information a-t-elle été lancée en direction des médecins généralistes. Les premiers résultats observés en 2020, à confirmer dans la durée, indiquent une amélioration des pratiques.

En 2019-2020, une campagne d'information de l'assurance maladie vers le grand public a porté sur la lombalgie et, en 2020-2021, sur les risques liés à l'hypertension artérielle.

4 - Des moyens humains importants qui ont dû être réduits pendant la crise sanitaire

L'assurance-maladie a consacré, en 2021, 1 094 équivalents-temps plein (ETP) aux actions de maîtrise médicalisée³⁹², dont 294 ETP médicaux. Cet effectif affiche une forte baisse depuis 2015, avec 627 ETP de moins dans les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM, - 46,5 %) et 178 ETP en direction régionale du service médical (DRSM, - 37,7 %)³⁹³, du fait de la crise sanitaire qui a conduit à réorienter leurs missions vers d'autres tâches. À ces moyens, s'ajoutent quelques dizaines d'ETP des agences régionales de santé (ARS) qui concentrent leur action, plutôt, sur la pertinence des soins.

³⁹² 34 ETP à la caisse nationale, 721 ETP dans les caisses locales et 294 dans les directions régionales du service médical.

³⁹³ Pour une très légère augmentation à la Cnam (de 33 à 34,6 ETP, soit 4,8 %).

B - Des objectifs ambitieux, des résultats incertains

1 - Des objectifs d'économies élevés mais peu documentés

Un objectif d'économies de 700 M€ à 800 M€ est assigné chaque année à l'assurance maladie au titre de la maîtrise médicalisée, en tant que composante de la démarche plus globale de gestion du risque, ce qui représente près de 20 % du total des économies programmées lors de la construction de l'Ondam. Un rôle significatif demeure donc assigné à la maîtrise médicalisée dans le programme d'économies à réaliser³⁹⁴, même si l'objectif peut paraître limité, rapporté au montant de 12 à 18 Md€ des prescriptions estimées non pertinentes en ville (20 à 30 %³⁹⁵ de 60 Md€³⁹⁶).

Tableau n° 24 : objectif d'économies intégré dans la construction de l'Ondam (en M€)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Économies attendues	3 185	3 410	4 050	4 165	3 830	4 185	3 995	SO
dont MM	700	700	700	730	740	735	775	775
%	22,0 %	20,5 %	17,3 %	17,5 %	19,3 %	17,6 %	19,4 %	SO

Source : PLFSS, annexes n° 9 (2015 et 2016) et n° 7 (2017 à 2022) pour le total attendu – PLFSS, annexe n° 1 pour les économies de maîtrise médicalisée et données DSS pour les années 2020 à 2022
 Note : MM : maîtrise médicalisée ; SO : sans objet du fait de la crise sanitaire (pas d'objectif affiché et méthode de construction de l'Ondam modifiée – cf. encadré).

³⁹⁴ Certains outils de régulation (demande d'accord préalable, protocole « prix-volume » en biologie, protocole « radiologie », maîtrise des volumes de médicaments biosimilaires) ne sont pas comptabilisés dans la maîtrise médicalisée, notamment pour éviter des doubles comptes d'économies avec le champ des mesures de contrôle et de lutte contre la fraude, bien qu'ils participent de la même logique. D'autres qui relèvent de mesures incitatives telles que la Rosp ou les actions de prévention, ne sont pas plus retenues dans la comptabilisation des économies du plan Ondam.

³⁹⁵ 20 à 30 % de prescriptions des actes médicaux ne seraient pas pertinents si l'on en croit la stratégie nationale de santé. Ce chiffrage demeure toutefois peu documenté et résulte d'une étude Odoxa pour la Fédération hospitalière de France : *La pertinence des actes et examens médicaux* (2017), même si l'OCDE a pu estimer, dans un rapport publié en 2017 et intitulé « *Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé* » que, dans les pays membres, « *près d'un cinquième des dépenses de santé apportent une contribution nulle, ou très limitée, à l'amélioration de l'état de santé de la population* ».

³⁹⁶ Avant la pandémie de covid 19, les prescriptions étaient à l'origine d'environ 60 Md€ de dépenses dans le sous-objectif ville de l'Ondam : 11,8 Md€ (20 %) d'honoraires paramédicaux, 3,8 Md€ (5 %) de dépenses de laboratoires, 4,2 Md€ (7 %) de transports, 28,8 Md€ (48 %) de produits de santé, 11,7 Md€ (20 %) d'indemnités journalières (rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale publié en 2019).

Le chiffrage des économies envisagées ne repose pas sur une simulation ou sur une prospective argumentée des effets des actions prévues, lesquelles ne sont pas détaillées. Il repose sur la reconduction de l'objectif affiché l'année précédente, auquel est appliquée une modulation, elle-même non expliquée. La maîtrise médicalisée s'avère être un objectif global, au fondement flou, censé sécuriser l'Ondam. Même approximative, la présentation des économies attendues qui pouvait, malgré tout, apporter une information au Parlement, ne fait plus l'objet d'une annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), mais, depuis 2022, d'une simple mention dans une lettre du ministre au directeur de la Cnam³⁹⁷.

2 - Des économies au chiffrage artificiel

L'assurance maladie produit, chaque année, un tableau affichant le montant des économies considérées comme réalisées grâce à la maîtrise médicalisée, détaillées par type de dépense.

Tableau n° 25 : taux de réalisation des économies attendues sur la dépense au titre de la maîtrise médicalisée (M€)³⁹⁸

	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Réalisé</i>	597	457,2	708	471	376
<i>dont médicaments³⁹⁹</i>	349	317	348	267	179
<i>dont DM</i>	25	75	172	4	22
<i>dont actes</i>	66	26,2	150	132	86
<i>dont biologie</i>	56	4	2	9	7
<i>dont transports</i>	47	11	36	59	29
<i>dont IJ</i>	54	24	0	0	53
<i>Objectif</i>	700	700	700	730	740
<i>Taux d'atteinte</i>	85 %	65 %	101 %	65 %	51 %

Source : PLFSS, Annexe n° 1

Note : DM : dispositifs médicaux ; IJ : indemnités journalières Le taux d'atteinte des objectifs de maîtrise médicalisée se révèle très variable d'une année à l'autre et toujours inférieur aux attentes, à l'exception de l'année 2017, avec un point bas observé en 2019.

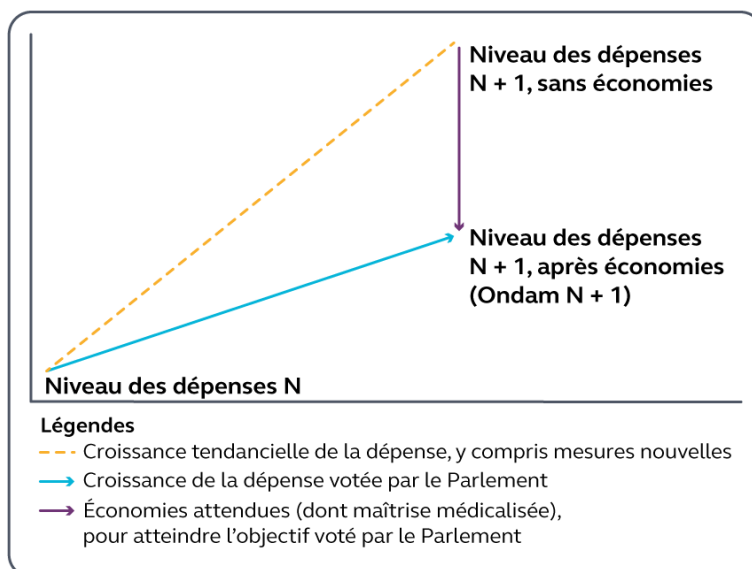
³⁹⁷ L'annexe n°7 au PLFSS pour 2022 se bornait, ainsi, à indiquer que le niveau retenu était proche « du rendement attendu, en 2022, des actions qu'il [lui] appartient de mener en matière de maîtrise médicalisée et pris en construction de l'Ondam [à] 775 M€ ».

³⁹⁸ La crise sanitaire s'est traduite par la suspension des actions de maîtrise médicalisée en raison d'une réorientation du réseau de l'assurance maladie et des ARS vers le traçage des personnes ayant été en contact avec des personnes contaminées par le virus. Aucun objectif d'économie ne leur a donc été assigné à ce titre en 2020, ni en 2021.

³⁹⁹ Les médicaments représentent, selon les années, de 48 % à 69 % des économies annoncées.

En outre, les montants d'économies doivent être lus avec réserve, dans la mesure où ils reposent sur des approximations du même ordre que celles utilisées pour la définition des objectifs. L'annexe n° 1 du PLFSS pour 2022 expose ainsi que les économies imputables à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé résultent de la différence entre « le montant tendanciel », c'est-à-dire le « montant qui aurait été réalisé sans intervention de l'assurance maladie », et « le montant observé des dépenses d'assurance maladie ». Le raisonnement est fragile, dès lors qu'aucun élément précis n'est communiqué à l'appui des chiffres pour expliquer, d'une part, comment le « tendanciel » est estimé, d'autre part, comment est évaluée la part des économies imputable aux actions de maîtrise médicalisée.

Schéma n° 6 : construction simplifiée de l'Ondam



Source : Cour des comptes

Or, seul peut être observé le montant des dépenses exécutées. Ce montant intègre l'incidence des mesures d'économies résultant de la maîtrise médicalisée mais il ne dit rien de leur montant spécifique. En effet, si l'Ondam est respecté en dépit d'économies dues à la maîtrise médicalisée inférieures aux prévisions, cela peut résulter autant d'un calcul erroné du tendanciel (hausse des dépenses de santé moindre qu'attendu, réduisant d'autant le besoin d'économies) qu'à des mesures d'économies mal évaluées, que celles-ci relèvent de la maîtrise médicalisée ou d'autres modes de régulation⁴⁰⁰.

⁴⁰⁰ La « réserve prudentielle », c'est-à-dire la mise en réserve d'un pourcentage des dotations prévues dans l'année pour les établissements publics de santé, a ainsi servi de variable d'ajustement, de 2014 à 2016, faisant peser sur les dépenses hospitalières les aléas de la régulation par la maîtrise médicalisée.

Outre le fait que les économies réalisées sont généralement inférieures à celles annoncées dans le PLFSS initial et que le calcul du niveau tendanciel des dépenses est sujet à caution, la présentation qui en est faite tend à attribuer les économies en totalité à la maîtrise médicalisée, alors qu'elles peuvent résulter de multiples facteurs autres que la rationalisation des pratiques : démographie, épidémiologie, innovations techniques. Appliquée à la crise sanitaire, cette présentation reviendrait à considérer que les dépenses non réalisées en raison des confinements résultent d'une maîtrise médicalisée qui n'a pourtant pas pu être conduite, du fait de la crise, alors même que les dépenses totales ont dépassé les prévisions.

Une répartition des objectifs de maîtrise médicalisée entre les CPAM, affinée mais encore inaboutie

Les économies attendues en matière de maîtrise médicalisée et, plus largement, de gestion du risque, étaient jusqu'en 2017 détaillées pour chaque CPAM, dans leur contrat pluriannuel de gestion⁴⁰¹. Cette répartition à l'échelle géographique d'une caisse ne tenait pas compte du fait que les soins sont parfois dispensés dans des départements mitoyens de ceux de résidence des assurés. Aussi, à compter de 2018, ces économies ont-elles été fixées par région. Cette méthode présentait encore des difficultés, les objectifs assignés pouvant être faussés par des effets de périmètre⁴⁰² ou par l'évolution de la population d'assurés de la région.

La méthode a donc de nouveau évolué en 2022. Désormais, un objectif régional de dépense moyenne de soins de ville est calculé par assuré puis réparti entre les CPAM en fonction de la population qu'elles couvrent. Cet objectif est ajusté à l'évolution de la structure de la population assurée (âge, sexe, taux d'inscrits en affection de longue durée, notamment), ce qui neutralise, pour la première fois, les effets de périmètre liés à la réalisation de soins dans d'autres départements que ceux de résidence. Enfin, les économies totales attendues sont prises en compte, ainsi que les résultats passés (objectif rehaussé en cas de mauvais résultats passés).

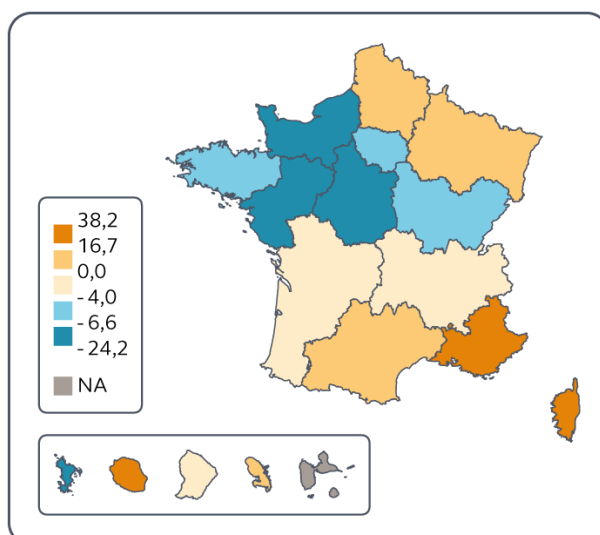
Il appartient aujourd'hui aux CPAM, afin de respecter leur objectif, de mettre en œuvre toutes les actions qu'elles estiment possibles, que celles-ci relèvent d'initiatives nationales ou d'initiatives locales. La marge d'autonomie nouvelle laissée aux caisses locales, illustrée par la définition d'un programme chiffré d'actions régionales, est cependant réduite par le grand nombre de campagnes nationales que porte la Cnam⁴⁰³.

⁴⁰¹ Pour chaque grand domaine d'intervention des Cnam, les contrats pluriannuels de gestion (CPG) passés entre la Cnam et les Cnam précisent, sous forme d'indicateurs, les actions concrètes à mettre en œuvre et les résultats à obtenir.

⁴⁰² Intégration de nouveaux ressortissants comme ceux de l'ex-RSI, d'étudiants, de fonctionnaires.

⁴⁰³ Le programme 2022 de la Cnam contient ainsi 115 actions dont 57 portant sur la maîtrise médicalisée.

Carte n° 2 : écart observé, selon les régions, entre les objectifs de dépense fixés et les résultats obtenus



Source : Cour des comptes d'après données Cnam

Il reste à déterminer comment seront consolidés ces résultats et comment ils viendront enrichir l'information communiquée au Parlement. Il serait possible d'évaluer les effets des seules actions de maîtrise médicalisée par échantillonnage, en procédant à des études microéconomiques auprès de prescripteurs ciblés et en extrapolant les résultats. Cette méthode n'a pas été mise en œuvre jusqu'à présent.

Le chiffrage des économies prévues, d'une part, et des économies réalisées, d'autre part, repose sur tant d'hypothèses qu'il peut être considéré comme largement virtuel, en s'éloignant des principes de construction budgétaire qui imposeraient d'évaluer les dépenses avec prudence et sur le fondement de paramètres clairement décrits et mesurables.

II - Une refonte nécessaire

Malgré trente années de maîtrise médicalisée, avec une consommation de médicaments par habitant et par an dans la moyenne des pays de l'OCDE (589 \$ en 2021), la France reste éloignée des pays les plus frugaux (301 \$ pour le Danemark, 419 \$ pour les Pays-Bas), ce qui, ramené à la population consommante française, représente un écart de l'ordre de 11 à 19 Md€. Pour les rejoindre, il convient de surmonter les obstacles qui s'opposent à l'efficacité de cet outil de maîtrise et de réviser profondément sa conception.

La consommation de médicaments, des résultats encore insuffisants

En matière de médicaments génériques, si les nombreuses mesures prises ont permis d'atteindre un taux de pénétration des génériques de 87,6 % en juillet 2021, ces bons résultats doivent être relativisés au regard du poids que représentent les génériques dans le total des prescriptions de médicaments (dans et hors répertoire) : en France, 38 % du marché en volume (920 millions de boîtes) et 19 % en valeur (3,615 Md€), contre une moyenne européenne de 60 % en volume (80 % en Allemagne).

S'agissant des prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé polyopathologique, l'étude *REview of potentially inappropriate MEDication pr[e]scribing in Seniors (REMEDI[e]S)*, réalisée en 2021, a constaté que 657 M€ de prescriptions étaient inappropriées (médicament non indiqué au regard du diagnostic, voire dangereux ; dose trop forte ; durée trop longue ; duplication médicamenteuse), dont 507 M€ ont été remboursés par l'assurance maladie et auraient donc pu être économisés.

A - De nombreux freins au déploiement de la maîtrise médicalisée

Plusieurs facteurs expliquent la faible portée des actions de maîtrise médicalisée impulsées par les pouvoirs publics.

En premier lieu, la maîtrise médicalisée s'appuie essentiellement sur l'adhésion des professionnels de santé⁴⁰⁴. Les actions qu'entreprend l'assurance maladie pour obtenir cette adhésion montrent cependant des limites : multiplication des messages sans réelle priorisation ni persistance dans le temps ; données communiquées aux professionnels pour qu'ils situent leur pratique insuffisamment individualisées ; ciblage des prescripteurs à partir d'écart calculés par rapport à la moyenne et non par rapport à une bonne pratique ; campagnes visant les praticiens de médecine générale et insuffisamment les spécialistes, les praticiens hospitaliers ou les autres professionnels de santé ; approche pluriprofessionnelle insuffisamment développée ; absence, par construction, de mesure contraignante ; absence d'outil efficace visant les dépenses hospitalières, exécutées en ville ou en établissement de santé.

⁴⁰⁴ En 2018, plus de 495 000 contacts ont été pris auprès des professionnels de santé libéraux par un délégué de l'assurance maladie ou un praticien-conseil et 15 000 visites ont été réalisées en établissements de santé.

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Caques) : un outil à destination de l'hôpital laissé en jachère

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Caques) a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 dans un objectif de simplification des nombreux contrats liant les ARS, les CPAM et les établissements de santé (contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins ou Caqos ; contrat de bon usage des médicaments ou CBU ; contrat de pertinence ; contrat de qualité). Il prévoit des dotations dont l'attribution est fonction du degré d'atteinte des résultats visés. Ce contrat a cependant fait l'objet de nombreuses critiques portant, notamment, sur le grand nombre d'indicateurs et d'établissements ciblés, conduisant le ministère à prononcer en 2017 un moratoire de deux ans sur les sanctions prévues en cas de non atteinte des objectifs.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a procédé à une refonte de ce dispositif. Le contrat met en œuvre deux leviers : l'un, incitatif, l'autre, préventif du « sur-recours » (création d'un outil de « mise sous surveillance »⁴⁰⁵).

En raison de la crise sanitaire, l'entrée en vigueur du Caques rénové a été repoussée, d'abord au 1^{er} janvier 2022 puis au mois d'avril 2022. Dans l'attente, le moratoire a été prolongé en 2020 et en 2021⁴⁰⁶. Le Caques n'aura, ainsi, été pleinement en vigueur qu'une seule année (2016).

Même si les circonstances ne sont pas étrangères à cet échec, celui-ci témoigne de la faiblesse des actions de maîtrise médicalisée dans les établissements de santé où l'efficacité est surtout stimulée par la recherche, par l'établissement lui-même, d'économies sur ses dépenses au regard du financement forfaitaire reçu de l'assurance maladie (groupe homogène de séjour).

En deuxième lieu, les principales économies affichées ont reposé jusqu'ici sur les médicaments prescrits en grande quantité par des généralistes. Les gains à attendre de nouvelles actions dépendent notamment des médicaments prescrits par les spécialistes⁴⁰⁷. Or, les montants en jeu sont moins élevés et les médecins spécialistes sont plus difficiles à convaincre, faute notamment pour les praticiens conseils qui les rencontrent de disposer du même degré d'expertise.

⁴⁰⁵ Pour entrer en application, cet outil qui permettra à l'ARS, au terme d'une période de deux années, de procéder à un abattement forfaitaire du tarif national considéré, nécessite un arrêté précisant la liste des actes, prestations et prescriptions concernés ; cet arrêté n'était toujours pas publié à la clôture de la présente enquête.

⁴⁰⁶ Instruction interministérielle n° DSS/MCGR/DGOS/2021/170 du 27 juillet 2021 relative au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Caques).

⁴⁰⁷ La Cnam cite notamment, dans ses rapports au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie, les médicaments inhibiteurs des CDK 4 et 6 utilisés dans le traitement du cancer du sein, les anti-PCSK9 dans le traitement de traitement de l'hypercholestérolémie, ou les facteurs de croissance de la lignée blanche Granulocyte Colony Stimulating Factor (G-CSF) dans leur indication en prophylaxie des neutropénies chimio-induites.

En troisième lieu, des facteurs exogènes au système de santé pèsent sur les résultats. C'est le cas, en particulier, des indemnités journalières pour maladie. Des effets structurels, liés au taux d'emploi (un fort taux de chômage se traduit par un moindre recours des salariés aux arrêts de travail) et au vieillissement de la population active ne sont pas pris en compte dans les objectifs de maîtrise médicalisée, fragilisant leur crédibilité et rendant plus incertaine leur atteinte.

B - Un indispensable changement d'échelle

Pour ralentir la progression spontanée du volume des soins, il est nécessaire de compléter le programme de rénovation de la gestion du risque porté par l'assurance maladie en renforçant les leviers structurels que constituent les systèmes d'information et de diffusion des référentiels de prescription et des recommandations de bonne pratique.

1 - Mieux cibler les prescripteurs

Rapprocher les prescriptions des meilleures pratiques connues suppose de mettre à la disposition des prescripteurs les référentiels adéquats et de permettre à l'assurance-maladie de disposer de données suffisamment fines pour qu'elle puisse cibler ses interventions sur les prescripteurs les plus éloignés desdits référentiels.

a) Développer l'usage des référentiels

Si, s'agissant des produits de santé, le nombre de recommandations apparaît globalement suffisant (fiches de bon usage des médicaments et mémos de l'assurance-maladie⁴⁰⁸), il n'en va pas de même des situations cliniques et des « parcours de soins »⁴⁰⁹. Le programme *Ma santé 2022* a fait une priorité de l'élargissement du champ des référentiels, au travers du

⁴⁰⁸ CSS, art. L. 161-39 ; les mémos présentent l'avantage de proposer des arbres décisionnels pour la prise en charge de certaines pathologies, préfigurant des approches par parcours de soins.

⁴⁰⁹ De 2015 à 2021, 14 mémos ont été mis à la disposition du réseau de l'assurance-maladie et des professionnels de santé, portant sur les situations cliniques fréquentes (lombalgie, cystite), sur la prescription et la conciliation médicamenteuse (hypertension artérielle de la personne âgée, infections respiratoires hautes), les arrêts de travail (indications et modalités pratiques des arrêts de travail au cours de la grossesse), le retour à domicile (retour à domicile après hospitalisation) et les examens d'imagerie (douleur de la cheville ou du pied non traumatique, non prothétique chez l'adulte, douleur du genou non traumatique, non prothétique chez l'adulte, douleur de la hanche non traumatique, non prothétique chez l'adulte).

parcours de soins, priorité cependant contrariée par la crise sanitaire. Le parcours de soins constitue une référence en termes de diagnostic, de prescription et de suivi du patient, de manière qu'il soit pris en charge aux meilleures conditions compte tenu de sa pathologie, sans rupture ni acte inutile. À ce jour, quatre référentiels de parcours de soins ont été élaborés : ceux des patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), du syndrome coronarien chronique (SCC), de la maladie rénale chronique (MRC), et celui des enfants en surpoids ou obèses. Deux autres sont sur le point d'être achevés : le parcours des adultes en surpoids ou obèses, et le parcours des patients atteints d'épilepsie.

Plusieurs facteurs freinent cependant l'utilisation par les médecins des référentiels, en particulier s'agissant de ceux relatifs aux situations cliniques et aux parcours de soins : leur nombre insuffisant, leur obsolescence parfois rapide du fait des progrès de la connaissance, et la persistance de pratiques non conformes, très ancrées parce qu'anciennes.

La généralisation en cours des logiciels d'aide à la prescription⁴¹⁰ devrait faciliter significativement la prise en compte de ces référentiels par les praticiens.

b) Un système d'informations à médicaliser

Il appartient à l'assurance-maladie d'identifier le plus finement possible les prescripteurs dont la pratique est éloignée de la norme, plutôt que de la moyenne constatée comme c'est le cas aujourd'hui. Pour cela, elle doit disposer de données – sécurisées – sur les prescriptions (indication fondée sur le diagnostic) et sur les patients, portant notamment sur leur lieu de vie (en cas de prescription de transport), sur leur profession (en cas de prescription d'arrêt de travail), sur leur indice de masse corporelle, leurs habitudes en matière de consommation d'alcool, de tabac (au titre de mesures de prévention) ou bien, encore, sur leur statut vaccinal.

Dans certains pays européens, comme le Danemark, ces données sont disponibles, à la différence de la France où le système d'information de l'assurance maladie sur la médecine en ville a été conçu avec pour unique objectif la facturation de leurs actes par les praticiens⁴¹¹. Par voie de conséquence, les informations portent uniquement sur ce que prescrit ou réalise le praticien et ne traitent donc que très incidemment du patient et des raisons qui l'ont amené à se faire soigner.

⁴¹⁰ C'est l'une des actions du chantier numérique *Ma santé 2022*.

⁴¹¹ Le diagnostic principal et ceux associés ne sont disponibles qu'en matière hospitalière. La séparation des données entre ville et hôpital pose en outre une difficulté dans la logique du parcours de soins, faute de réelle articulation entre les fichiers des professionnels (numéro RPPS) et ceux des établissements (numéro Finess), l'appariement des bases de données restant très complexe.

Pour exploiter statistiquement les données médicales du système, l'assurance maladie a développé des solutions palliatives qui, si elles lui permettent de réaliser un certain nombre d'analyses⁴¹², ne sont pas exemptes de biais ou d'imprécisions. Ainsi, faute de mention, dans le système d'information, du diagnostic formulé par le médecin, l'indication (la pathologie à soigner) ne peut être que déduite de la prescription médicamenteuse. Un groupement d'intérêt scientifique, Epi-Phare, est chargé précisément de cette tâche de caractérisation des pathologies à partir des médicaments prescrits. Cette méthode produit des informations utiles mais reste imparfaite puisque, par exemple, un médicament sur cinq serait prescrit en dehors du cadre de son autorisation de mise sur le marché (indication, durée ou fréquence d'utilisation, posologie), empêchant une identification juste de la cause du traitement ; en outre, lorsque la pathologie est déduite de la prescription, il est difficile de relever les prescriptions inadaptées ou éloignées des référentiels concernant la pathologie, sauf anomalie grossière détectable par rapport à des moyennes, alors que ces moyennes peuvent, elles-mêmes, être éloignées de la norme. Il est, par ailleurs, impossible, *via* cette méthode, de détecter les pathologies qui ne seraient pas soignées⁴¹³. Les résultats obtenus sont donc fragiles et insuffisants⁴¹⁴.

L'absence de données relatives au diagnostic, étape initiale du processus de soins sur laquelle est fondé le parcours incluant la prescription de médicaments, de traitements, d'exams, d'arrêts de travail, de consultations d'autres professionnels de santé, rend beaucoup plus difficiles les actions de maîtrise médicalisée.

⁴¹² La Cnam réalise chaque année, au sein du rapport « *Charges et produits* », une cartographie des dépenses lui permettant de prioriser ses actions de régulation. Elle en reconnaît toutefois, elle-même, les limites. Ainsi, dans le rapport daté de juillet 2022, elle note qu'« *un nouvel algorithme repère l'obésité mais ne concerne que les personnes avec une prise en charge hospitalière, une ALD spécifique ou un acte de chirurgie bariatrique récent, et n'est donc pas représentatif de l'importance de ce facteur de risque au sein de la population française* ».

⁴¹³ Par exemple, le diabète diagnostiqué mais non traité atteignait, en 2009, 0,6 % de la population française, soit environ 360 000 personnes (Santé publique France, « *Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ?* » BEH n° 42-43, novembre 2010). Or, repérer le plus tôt possible les patients diabétiques, avant l'instauration d'un traitement, permettrait de proposer une prévention secondaire adaptée, de retarder l'aggravation de la maladie et, donc, la mise sous traitement.

⁴¹⁴ L'Irdes, dans *Questions d'économie de la santé* n° 196 de mars 2014, constate par exemple l'insuffisance liée à l'emploi de l'ALD comme marqueur de l'hypertension artérielle. Elle note ainsi, dans une étude spécifique reposant sur une base appariée, que « *90 % (323/360) des patients en ALD « Hypertension artérielle » avaient consulté dans l'année 2008 un des 30 médecins généralistes sélectionnés. Toutefois, seulement 11 % (323/2 979) des patients ayant eu un résultat de consultation codé « hypertension artérielle » étaient déclarés en ALD spécifique* ». En outre, « *l'ALD hypertension artérielle ayant été retirée de la liste en 2011, ce type de repérage ne pourra plus être utilisé ; il sera donc encore moins aisé de repérer les patients hypertendus à partir du Sniiram seul* ». Or, la prévention, la détection et le traitement optimal de l'hypertension artérielle permettent de réduire le risque vasculaire global.

S'agissant des données relatives au patient aujourd'hui non disponibles, le Collège de médecine générale, chargé notamment de contribuer à l'élaboration des bonnes pratiques en médecine générale, a élaboré en 2014 et mis à jour en 2022 une recommandation identifiant seize données sociales clé qui pourraient rendre plus pertinentes et ciblées la consultation et la prescription qui en découle⁴¹⁵. Alors qu'elle pourrait contribuer à enrichir la connaissance de la santé de la population et à réduire les inégalités sociales qui peuvent lui être attachées, cette recommandation n'a pas été reprise par les pouvoirs publics.

Des progrès sont attendus de la prescription électronique⁴¹⁶ en voie de déploiement pour les médicaments⁴¹⁷. Toutefois, selon le projet connu à ce jour, d'une part, l'enregistrement de l'indication médicale n'est pas prévu et, d'autre part, la place quasi-exclusive laissée au « *texte libre* » à la main du prescripteur, sauf pour le médicament, en lieu et place d'un questionnaire normalisé et de rubriques prédéfinies, ne permettra pas aux actions de maîtrise médicalisée d'être pleinement mises en œuvre et suivies, pour les mêmes raisons qu'actuellement (pathologie déduite de la prescription), alors qu'il s'agit du moyen le plus sûr de repérage des pratiques s'écartant de la norme.

⁴¹⁵ « *Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? Recommandations aux médecins généralistes de France* », Groupe de travail universitaire et professionnel, Collège de médecine générale, novembre 2014 : date de naissance, sexe, adresse, statut par rapport à l'emploi, profession, assurance maladie, capacités de compréhension du langage écrit du patient, fait d'être en couple, nombre d'enfants à charge, fait de vivre seul, pays de naissance, niveau d'études, catégorie socioprofessionnelle Insee, fait de bénéficier de minima sociaux, conditions de logement et situation financière perçue.

⁴¹⁶ Le Ségur de la santé a annoncé 1,4 Md€ pour le financement de la numérisation dans le domaine de la santé.

⁴¹⁷ Celle-ci est prévue pour les médicaments d'ici à 2024 mais cela se révèle plus difficile pour les dispositifs médicaux (existence de lignes génériques) et plus encore pour les actes (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...), faute de description suffisamment fine de leur contenu, même si l'assurance maladie assure y travailler sans qu'un calendrier ne soit toutefois arrêté.

**Le déploiement de la prescription électronique :
un préalable à une maîtrise médicalisée efficace
qui ne serait toutefois effectif qu'en 2025⁴¹⁸**

La numérisation des prescriptions des produits de santé est très répandue dans de nombreux pays, parfois même de longue date (Belgique, Espagne, Italie et Royaume-Uni), à la différence de la France.

Le déploiement de services facultatifs de prescription électronique interviendrait d'ici à la fin de l'année 2024, pour ce qui est des produits de santé, en ville. En établissements de santé, aucune échéance n'est définie⁴¹⁹ mais le PMSI actuel répond à une partie du besoin. S'agissant des arrêts de travail, le calendrier de l'entrée en vigueur effective de l'obligation de dématérialisation des prescriptions, qui devait intervenir avant fin 2021 en application de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé, demeure incertain.

Selon le cadre technique qui sera retenu⁴²⁰, la prescription électronique pourra contribuer à limiter la prescription « hors-AMM », en imposant aux prescripteurs de mentionner si la prescription est délivrée en-dehors de l'autorisation⁴²¹, à mieux distinguer les médicaments prescrits en relation avec une affection de longue durée (« ordonnance bizona »), à mieux repérer les atypiques de durée ou de posologies, voire même à faciliter la conciliation médicamenteuse. De surcroît, certains mécanismes de fraude (comme la réutilisation d'une même ordonnance papier pour obtenir la délivrance de mêmes médicaments à plusieurs reprises ou des divergences manifestes entre les produits de santé facturés et ceux prescrits) ne pourront plus être pratiqués.

⁴¹⁸ Sur la prescription électronique, voir également Cour des comptes, « *La dématérialisation des prescriptions médicales : un facteur d'efficacité du système de santé, des chantiers ambitieux à faire aboutir* », Rapport annuel sur la loi de financement de la sécurité sociale, chapitre VIII, octobre 2021.

⁴¹⁹ Elle figure toutefois comme un des cinq domaines fonctionnels prioritaires du plan « Hôpital numérique », repris dans le programme Hop'en.

⁴²⁰ Case obligatoire à cocher, éléments indispensables à renseigner sous peine d'impossibilité de prescrire (prescription en dénomination commune internationale...).

⁴²¹ CSP, art. L. 5121-12-1-2, obligation peu respectée dans les faits.

La médicalisation des systèmes d'information, c'est-à-dire l'enrichissement des logiciels d'activité de soins et de facturation par les données médicales et les données du patient exploitables directement, bien qu'indispensable, demeure un chantier au long cours qui doit s'accompagner d'une sécurisation rigoureuse de données éminemment sensibles. À l'hôpital, la mise en place du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)⁴²² a pris plus d'une dizaine d'années⁴²³. Il est toutefois sensiblement plus complexe.

Cet horizon peut expliquer les raisons pour lesquelles les pouvoirs publics privilégient l'amélioration de l'existant par rapport aux solutions plus structurelles.

Le contrôle des prescripteurs : l'exemple danois

Le Danemark se caractérise par une densité médicale supérieure à la France (4,2 médecins pour 1 000 habitants, contre 3,2) et par une moindre dépense en produits pharmaceutiques.

Les prescriptions médicales y sont informatisées. Un registre commun des médicaments prescrits donne accès à une liste actualisée des médicaments prescrits aux assurés. Une agence pour la sécurité des patients (*Styrelsen for Patientsikkerhed*) est chargée de superviser les prescriptions des médecins et des dentistes. L'agence surveille une sélection de médicaments, dont les analgésiques et les somnifères, notamment. Ces informations permettent d'identifier des atypies (médicament mal utilisé, mauvaise quantité prescrite, durée excessive du traitement). Dans une telle situation, l'agence contacte le prescripteur afin d'obtenir des informations complémentaires. Si les données fournies corroborent l'existence d'une prescription inappropriée, l'agence peut alors restreindre, voire suspendre pour une période déterminée, le droit de prescription du praticien.

⁴²² Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est un système de recueil de données pour l'ensemble des hospitalisations ayant lieu sur le territoire français avec, pour finalité, le financement des établissements de santé (tarification à l'activité sur la base de séjours hospitaliers) et l'organisation de l'offre de soins (planification).

⁴²³ Le PMSI a été évoqué pour la première fois en 1982 ; l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), établissement public de l'État à caractère administratif placé sous la tutelle des ministres chargés de la santé, des affaires sociales et de la sécurité sociale, chargé de collecter les données du PMSI et de la gestion de celui-ci, a été créée en 2000.

2 - Des mesures complémentaires à envisager sans attendre

De manière complémentaire, d'autres actions entrant dans le champ de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé mériteraient d'être déployées.

S'agissant des soins hospitaliers, il conviendrait de fixer des seuils d'activité minimale pour certaines interventions nécessitant une pratique régulière, afin d'éviter les actes risqués car trop peu souvent effectués, sources de complications, voire d'échec, avec des conséquences non seulement financières mais surtout néfastes pour la santé des patients.

De tels seuils ont été adoptés en chirurgie cancérologique, à la suite de nombreuses études⁴²⁴ ayant mis en évidence les avantages induits, pour le patient et pour l'assurance maladie, par l'exigence d'une pratique suffisamment fréquente : baisse de la mortalité, moindres complications hémorragiques post-opératoires, diminution du nombre des reprises opératoires consécutives à des traitements chirurgicaux inadéquats⁴²⁵. Il s'agit cependant de la seule spécialité chirurgicale pour laquelle des seuils ont été déterminés. La réforme du droit des autorisations actuellement engagée par les pouvoirs publics est censée élargir le champ des autorisations sous condition de seuil d'activité. Son évaluation devra être réalisée.

Il conviendrait ensuite, d'une part, d'accélérer la mise à jour de la nomenclature des actes⁴²⁶ afin d'en exclure ceux devenus obsolètes, voire dangereux⁴²⁷, et, d'autre part, et de mieux associer les professionnels de santé aux actions de maîtrise médicalisée qui les concernent directement, en consacrant une partie des négociations conventionnelles à ce thème⁴²⁸.

⁴²⁴ Xu Z, Becerra AZ, Justiniano CF, Boodry CI, Aquina CT, Swanger AA, et al. Is the Distance Worth It? Patients With Rectal Cancer Traveling to High-Volume Centers Experience Improved Outcomes. *Dis Colon Rectum*. déc 2017;60(12) : 1250-9 ; El Amrani M, Clement G, Lenne X, Rogosnitzky M, Theis D, Pruvot F-R, et al. The Impact of Hospital Volume and Charlson Score on Postoperative Mortality of Proctectomy for Rectal Cancer : A Nationwide Study of 45,569 Patients. *Ann Surg*. nov 2018;268(5) : 854-60.

⁴²⁵ « *Le coût du cancer en France : une forte hausse* », étude économique 2020, Institut international de cancérologie de Paris avec l'aide du cabinet Asteres.

⁴²⁶ La nomenclature définit les actes ouverts au remboursement et sert de support à leur tarification.

⁴²⁷ La procédure de révision de la nomenclature a été renouvelée. Son déploiement effectif a néanmoins pris du retard. Cf. Cour des comptes, « *Les dépenses d'imagerie médicale* », Rapport annuel sur la loi de financement de la sécurité sociale, octobre 2022.

⁴²⁸ Actuellement, à l'exception de la dernière convention pharmaceutique, signée le 9 mars 2022, qui inclut une dimension consacrée à la juste dispensation des produits de santé, seuls quelques protocoles, disjoints de ces conventions, peuvent en traiter, comme en matière d'imagerie ou de biologie médicales (cf. Cour des comptes, « *Les dépenses de biologie médicale* », Rapport annuel sur la loi de financement de la sécurité sociale, octobre 2021.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Malgré son ancienneté et l'importance des ressources humaines encore consacrées à ce dispositif, la maîtrise médicalisée des dépenses mise en œuvre par l'assurance maladie n'est pas parvenue à ce jour à mettre un terme aux actes et prescriptions inutiles et redondants. La France reste mal classée dans la prescription de médicaments relevant de plusieurs classes thérapeutiques sensibles en termes de santé publique (antibiotiques, benzodiazépines...). Sa contribution aux économies de l'Ondam n'est pas plus assurée au regard des outils utilisés que de la méthode employée pour les mesurer.

Sa rénovation dans le cadre plus large de la gestion du risque, intégrant la fraude et la prévention, pourrait, en partie, changer la donne. Deux conditions à satisfaire s'imposent toutefois en priorité : développer le recours aux référentiels par les professionnels de santé ; numériser complètement, dès le diagnostic, la chaîne de prescription et de dispensation des produits (médicaments et dispositifs de santé) et des prestations (transports sanitaires, indemnités journalières), sous la forme de données structurées. À défaut, il restera très délicat de s'assurer que les soins sont dispensés de façon pertinente et efficiente.

C'est pourquoi, la Cour formule les recommandations suivantes :

- 31. justifier les économies attendues au titre des actions de maîtrise médicalisée inscrites dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, en précisant les déterminants de la dépense (prix et volume) retenus pour fixer les objectifs d'économie, et détailler le mode de calcul des résultats pour le dernier exercice connu (ministère de la santé et de la prévention, Cnam) ;*
 - 32. enrichir les données médicales et de vie du patient et les organiser en vue de leur consolidation au niveau national, afin d'améliorer les actions de maîtrise médicalisée et leur évaluation (ministère de la santé et de la prévention, Cnam) ;*
 - 33. rendre obligatoire l'utilisation de la prescription électronique, notamment pour les médicaments et les dispositifs médicaux, ainsi que la mention des indications médicales justifiant ces prescriptions (ministère de la santé et de la prévention, Cnam) ;*
 - 34. faire appliquer plus rigoureusement l'obligation pour le prescripteur de mentionner sur les ordonnances l'utilisation des médicaments en dehors du champ prévu par leur autorisation de mise sur le marché (« hors-AMM ») et encadrer plus précisément cette utilisation (durée, posologie...) (ministère de la santé et de la prévention, Cnam, ANSM, HAS).*
-

Chapitre IX

La retraite des femmes et des hommes : une réduction des écarts à poursuivre

PRÉSENTATION

Alors que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à percevoir des pensions versées par le système de retraite français (environ 55 %), elles bénéficient d'un peu moins de la moitié de la masse totale des pensions, qui s'élevait à 335 Md€ en 2020. Cela s'explique par des montants de pension plus faibles en moyenne pour les femmes que pour les hommes à la retraite (1 401 € contre 1 955 € par mois pour ceux résidant en France). Cet écart de 28 % est même de 40 % sans les pensions de réversion qui, au décès de l'un des deux conjoints, sont versées au conjoint survivant, généralement la femme. Il résulte pour l'essentiel de différences de situation, en amont, sur le marché du travail, alors qu'il n'existe plus de différences dans les règles de calcul des retraites entre les femmes et les hommes.

La loi du 20 janvier 2014, tout en rappelant que les pensions de retraite dépendent des revenus d'activité, assigne au système de retraite par répartition un objectif de solidarité entre les générations et au sein de chaque génération, notamment par l'égalité entre les femmes et les hommes. L'analyse de la Cour, conduite avant l'adoption de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 portant réforme des retraites, apprécie l'atteinte de ce dernier objectif.

Le présent chapitre caractérise les écarts, en termes de carrière professionnelle et de salaire, qui conduisent les femmes à acquérir moins de droits à retraite, situation qu'aggravent les modalités d'acquisition des droits liés à l'emploi (I). Ces écarts sont atténués principalement par les droits liés aux enfants (plus de 20 Md€ de prestations) et les pensions de réversion (36 Md€), qui doivent cependant prendre davantage en compte les inégalités entre les femmes et les hommes tout en en permettant la maîtrise des dépenses (II).

I - Des écarts de pension résultant principalement des différences de situation sur le marché du travail

Les écarts persistants des montants de pension perçus par les femmes et les hommes à la retraite conduisent à analyser l'évolution de la situation des premières sur le marché du travail et les effets de certaines règles de calcul des droits à la retraite.

A - Malgré l'affirmation d'un principe d'égalité, des écarts persistants

1 - Un principe d'égalité réaffirmé

Le principe d'égalité entre les femmes et les hommes est inscrit dans les textes fondamentaux français⁴²⁹ et européens⁴³⁰. Il s'est affirmé avec la Charte de l'égalité (2004) puis, notamment dans la sphère professionnelle, à travers des lois successives⁴³¹.

Il est mis en avant en matière de retraite depuis la loi de réforme du 9 novembre 2010. Il a été renforcé par celle du 20 janvier 2014 qui, tout en réaffirmant que les pensions dépendent des revenus d'activité, précise que « *La Nation assigne également au système de retraite par répartition un objectif de solidarité entre les générations et au sein de chaque génération, notamment par l'égalité entre les femmes et les hommes* » (article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale – CSS)⁴³².

⁴²⁹ Article 1^{er} de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen (1789) : « *Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune* ».

⁴³⁰ Articles 2 et 3 du Traité d'Amsterdam (1997), articles 2 et 3 du Traité de l'Union européenne (1992) et article 8 et 10 du Traité de fonctionnement de l'Union européenne (1957).

⁴³¹ Loi n° 2011-103 du 27 janvier 2011 relative à la représentation équilibrée des femmes et des hommes au sein des conseils d'administration et de surveillance ; loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi des titulaires et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique ; loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes ; loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique ; loi n° 2021-1774 du 24 décembre 2021 visant à accélérer l'égalité économique et professionnelle.

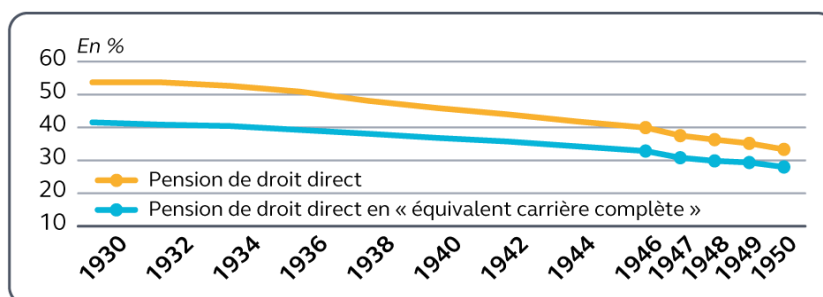
⁴³² L'exposé des motifs de la loi indique plus directement que le système de retraite doit « *mieux prendre en compte la situation comparée des femmes et des hommes* ».

La loi du 20 janvier 2014 confère au conseil d'orientation des retraites (COR) et au comité de suivi des retraites (CSR), alors créé, un rôle spécifique. Le COR doit porter une attention particulière aux différences à la retraite entre les femmes et les hommes. Le CSR doit analyser la situation des femmes et des hommes en matière de retraite et ses recommandations doivent porter, parmi les mesures prioritaires de solidarité, sur l'égalité entre les femmes et les hommes. Force est de constater que, si les rapports annuels du COR comportent de nombreuses données sur l'équité entre les femmes et les hommes à la retraite, le CSR s'est très peu saisi du sujet.

2 - Des écarts de pension de droit direct toujours importants

Les écarts de pension de droit direct⁴³³ entre les femmes et les hommes diminuent lentement. En 2020, parmi les retraités résidant en France⁴³⁴, les femmes percevaient une pension moyenne de droit direct inférieure de 40 % à celle des hommes (respectivement 1 154 € et 1 931 €). L'écart se réduit au fil des générations. Il est passé de 54 % pour la génération 1930 à 34 % pour la génération 1950. L'écart de pension en « équivalent carrière complète »⁴³⁵ baisse au fil des générations mais dans une moindre mesure, passant de 42 % à 28 % entre les générations 1930 et 1950.

Graphique n° 26 : évolution des écarts de pension de droit direct entre les femmes et les hommes, par génération



Note de lecture : La pension de droit direct des femmes née en 1930 est en moyenne inférieure de 54 % à celle des hommes. Cet écart est de 42 % en « équivalent carrière complète » c'est-à-dire dans l'hypothèse où la durée validée dans le régime correspond à la durée requise pour le taux plein.

Champ : Retraités résidant en France ayant perçu une pension de droit direct.

Source : Drees

⁴³³ Total des pensions de base et complémentaires, y compris les dispositifs de solidarité (cf. II), mais hors pensions de réversion versées au décès du conjoint ou de l'ex-conjoint.

⁴³⁴ Ce champ est retenu par la suite et les données sont issues de la publication de la Drees, « les retraités et les retraites », édition 2022, sauf mention contraire.

⁴³⁵ La pension « en équivalent carrière complète » estime le montant de la pension dans l'hypothèse où la durée validée dans le régime correspond à la durée requise pour le taux plein, ce qui neutralise l'effet de durées différenciées de carrière.

Les écarts de pension de droit direct entre les femmes et les hommes selon le régime principal d'affiliation reflètent des particularités propres à chaque secteur d'activité. En 2020, l'écart atteignait 17 % parmi les fonctionnaires mais 47 % parmi les retraités du régime général (anciens salariés du secteur privé ou indépendants).

Ces écarts moyens masquent des dispersions importantes, non pas entre hommes et femmes, mais entre secteur privé et secteur public : la dispersion des montants de pension est en effet presque deux fois plus importante parmi les anciens salariés du secteur privé⁴³⁶ que parmi les anciens fonctionnaires.

Les écarts de pensions cumulées : une approche incomplète pour analyser la situation relative des femmes

Les âges de départ à la retraite des femmes et des hommes se rapprochent au fil des générations. Pour la génération 1950, l'écart moyen n'est plus que de 0,8 année (60,9 ans pour les femmes et 60,1 ans pour les hommes), alors qu'il était du double pour la génération 1930 (respectivement 61,6 ans et 60 ans). Des projections⁴³⁷ montrent qu'à législation inchangée, la situation pourrait s'inverser pour les générations nées après 1975 : les femmes actives partiraient à la retraite quelques mois plus tôt que les hommes car elles valideraient davantage de trimestres, les trimestres acquis au titre de leur emploi étant complétés par ceux accordés au titre de leurs enfants.

Or, la retraite des femmes est déjà actuellement d'environ trois ans et demi plus longue que celle des hommes, compte tenu de leur espérance de vie supérieure. Si le versement de la pension sur une durée plus longue améliore mécaniquement le « rendement » de leurs cotisations, qui compare le cumul des pensions reçues à la retraite au cumul des cotisations versées pendant la période active⁴³⁸, il n'est en revanche d'aucun effet sur les conditions de vie des retraitées, qui vivent certes plus longtemps mais dont la santé est fragile : aux âges avancés, les femmes sont davantage exposées à des maladies incapacitantes et plus fréquemment bénéficiaires d'une allocation personnalisée d'autonomie (15 % entre 80 et 84 ans, contre 9 % des hommes, puis, passés 90 ans, 57 % contre 37 %).

⁴³⁶ Ires, « Écarts de retraite entre les hommes et les femmes dans le privé et le public », rapport final, février 2018.

⁴³⁷ COR, rapport annuel, juin 2021.

⁴³⁸ Insee, Économie et Statistique n° 481-482, « *Le taux de rendement interne du système de retraite français : quelle redistribution au sein d'une génération et quelle évolution entre générations ?* », 2015 ; Institut des politiques publiques, « *Le système de retraite corrige-t-il les inégalités de carrière ?* », 2021.

B - Des situations encore inégales sur le marché du travail entre les femmes et les hommes

En dépit d'une participation croissante des femmes au marché du travail, des différences subsistent en amont de la retraite⁴³⁹. Or, les différences de situation entre les femmes et les hommes sur le marché du travail se retrouvent au moment de la retraite.

Salaires et durée d'activité, paramètres principaux de la pension

La pension de retraite au régime général ou dans les régimes de base des fonctionnaires dépend des revenus d'activité, *via* le revenu de référence⁴⁴⁰, la durée d'assurance validée dans le régime (durée de carrière, majorée des trimestres de solidarité) et celle validée tous régimes confondus. En particulier, la pension est réduite par une décote si la durée validée par l'assuré tous régimes confondus est inférieure à la durée requise pour le taux plein (43 ans pour ceux nés à partir de 1973) et si ce dernier part à la retraite avant l'âge d'annulation de la décote (67 ans).

Dans les régimes complémentaires en points, le montant de la pension est étroitement lié aux revenus d'activité sur la totalité de la carrière. Il dépend du nombre de points acquis en fonction des cotisations versées tout au long de la vie professionnelle.

1 - Des femmes de plus en plus en situation d'activité professionnelle, souvent à temps partiel

Parmi les femmes âgées de 15 à 64 ans, le taux d'activité, c'est-à-dire la part de celles en emploi ou au chômage, a augmenté de 15 points entre 1975 et 2021, et se rapproche de celui des hommes. En 2021, il s'établissait à 70,0 % contre 76,2 % pour les hommes, soit un écart de 6,2 points, qui était de près de 30 points en 1975.

D'ici 2040⁴⁴¹, les taux d'activité des femmes et des hommes augmenteraient, notamment après 60 ans sous l'effet du recul des âges de la retraite, mais l'écart de taux d'activité ne se réduirait plus, du fait de la persistance d'une moindre activité aux âges de la fécondité.

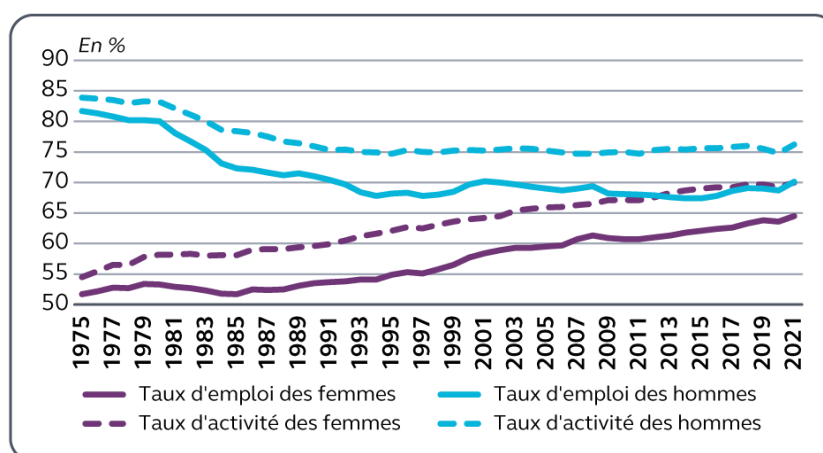
⁴³⁹ Sauf mention contraire, les données sont extraites du dossier suivant : *Femmes et hommes : l'égalité en question*, Insee Références, Édition 2022.

⁴⁴⁰ Moyenne des vingt-cinq meilleurs revenus annuels de la carrière, sous le plafond de la sécurité sociale, dans le régime général et dernier salaire hors primes perçu depuis au moins six mois pour les fonctionnaires.

⁴⁴¹ Insee, Projections de la population active à l'horizon 2080, juillet 2022.

Les évolutions de la part des personnes en emploi ont globalement suivi celles des taux d'activité. Le taux d'emploi des femmes s'est amélioré de 13 points entre 1975 et 2021, passant à 64,5 % en 2021 contre 70,1 % pour les hommes. Dans le même temps, l'écart de taux de chômage entre les femmes et les hommes s'est réduit, notamment depuis le début des années 1990. Il s'est même inversé à partir de 2012. En 2021, 7,8 % des femmes actives étaient au chômage (8,0 % des hommes actifs).

Graphique n° 27 : taux d'activité et taux d'emploi des femmes et des hommes sur la période 1975-2021 (en %)



Champ : France hors Mayotte, personnes de 15 à 64 ans.
Source : Insee

La progression de l'insertion des femmes sur le marché du travail s'est accompagnée cependant d'une augmentation du recours au travail à temps partiel. La part du travail à temps partiel parmi les femmes salariées a augmenté de 10 points entre 1982 et 1995, et fluctue depuis autour de 30 %. Elle atteint 28,0 % en 2021, contre 8,3 % pour les hommes.

C'est pour les femmes de 25 à 49 ans, les plus directement concernées par la maternité, que l'écart de taux d'activité avec les hommes demeure le plus fort (8,4 points en 2021). Il peut être le signe d'un choix mais il peut aussi traduire la difficulté à concilier vie professionnelle et vie familiale. Dans cette tranche d'âge, le taux d'activité des mères est plus faible lorsque l'un des enfants est âgé de moins de trois ans : 83,7 % avec un seul enfant et seulement 50,5 % avec trois enfants ou plus en 2021, contre 88,2 % pour les femmes sans enfant. En revanche, le taux d'activité des pères âgés de 25 à 49 ans était supérieur à 90 % quel que soit le nombre d'enfants au sein du foyer.

Le même type de constat est fait pour le travail à temps partiel. En 2021, parmi celles en emploi salarié, 39,7 % des mères de trois enfants ou plus dont le plus jeune était âgé de moins de trois ans y recouraient contre 24,6 % des femmes sans enfant. À l'inverse, la part des hommes salariés à temps partiel dépend peu du nombre d'enfants.

2 - Une lente diminution des écarts de salaire entre les femmes et les hommes

Les différences de situation entre les femmes et les hommes au cours de la vie active portent également sur les salaires.

L'écart de salaire moyen entre les femmes et les hommes s'est légèrement réduit en 25 ans, passant de 27,4 % en 1995 à 22,3 % en 2019. Il reflète à la fois des écarts de salaire horaire⁴⁴² et des écarts de nombre d'heures de travail dans l'année.

L'écart de salaire horaire (16,1 %) expliquait près des trois quarts de l'écart de salaire moyen en 2019. Il provient de différences de diplôme, de qualification, d'accès aux formations continues ou encore de type d'emploi occupé et de discriminations. Il apparaît également à l'arrivée des enfants. Les mères, salariées du secteur privé, subiraient, quel que soit leur niveau de salaire, une perte de salaire horaire de 5 % par enfant, pendant au moins les cinq années suivant la naissance, alors qu'aucun écart n'est constaté pour les pères⁴⁴³.

Le reste des écarts de salaire moyen est dû aux différences de nombre d'heures de travail dans l'année (7,6 % en 2019), les femmes étant plus souvent à temps partiel. Ces différences de quantité de travail contribuent davantage aux écarts parmi les femmes moins diplômées et les plus jeunes, en raison d'interruptions de carrière et du recours au temps partiel plus fréquents chez les jeunes mères.

L'écart de salaire entre les femmes et les hommes est plus faible dans le secteur public (15,7 % en 2019) que dans le secteur privé (25,7 %), car l'écart de nombre d'heures de travail y est moindre (respectivement 3,4 % et 10,9 %), alors que l'écart de salaire horaire est comparable (respectivement 14,3 % et 16,6 %).

Dans le secteur privé, les femmes travaillent souvent dans des entreprises dont les salaires horaires sont bas. D'autre part, l'écart de salaire horaire entre les femmes et les hommes croît en fonction de la taille de l'entreprise : en 2018, il était quatre fois supérieur dans les entreprises de plus de 2 000 salariés que dans celles de 5 à 10 salariés⁴⁴⁴.

⁴⁴² Plus précisément salaire en équivalent temps plein.

⁴⁴³ Insee Analyses n° 48, « *Les trajectoires professionnelles des femmes les moins bien rémunérées sont les plus affectées par l'arrivée d'un enfant* », octobre 2019.

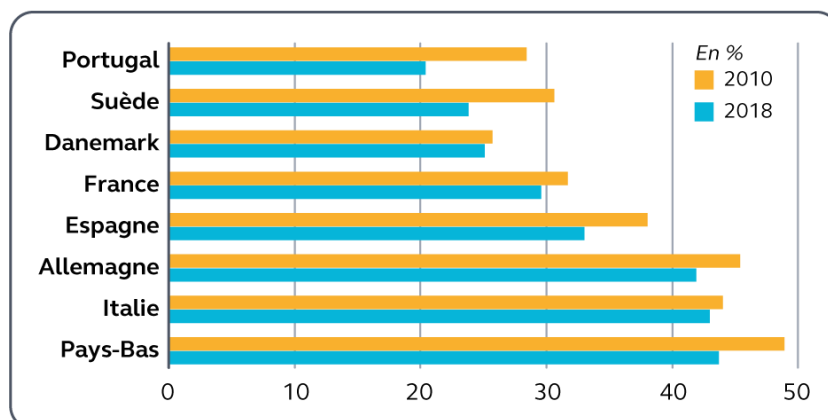
⁴⁴⁴ Institut des politiques publiques, « *Comprendre les inégalités de salaires entre femmes et hommes* ».

Les écarts sur le marché du travail ailleurs en Europe

Dans les sept pays examinés (Allemagne, Espagne, Italie, Pays-Bas, Danemark, Portugal et Suède), les écarts entre les femmes et les hommes sur le marché du travail se réduisent mais subsistent.

Les femmes restent moins souvent en emploi, travaillent plus fréquemment à temps partiel et sont moins bien rémunérées. Pour chacune de ces dimensions, l'écart entre les femmes et les hommes est intermédiaire en France. C'est le cas également pour l'indicateur de rémunération globale d'Eurostat qui multiplie salaire horaire, nombre d'heures de travail et taux d'emploi : en 2018, l'écart est de 30 % en France, 33 % en Espagne, supérieur à 40 % en Allemagne, en Italie et aux Pays-Bas, mais plus faible au Danemark et en Suède (environ 25 %) et surtout au Portugal (20 %). L'Allemagne et les Pays-Bas se caractérisent par un écart élevé en termes de temps de travail, lié au temps partiel ; le Portugal se distingue par des écarts très faibles en termes de salaire et de temps de travail.

Graphique n° 28 : écart de rémunération globale entre les femmes et les hommes dans différents pays européens en 2010 et en 2018 (en %)



Source : Eurostat, traitement Cour des comptes

C - Des règles de calcul des pensions liées à l'emploi en pratique défavorables aux femmes

Les écarts de pensions entre les femmes et les hommes ne sont pas strictement proportionnels aux écarts de revenus d'activité et de durées de carrière. En particulier, les règles de calcul des droits à retraite, obtenus en contrepartie des cotisations versées pendant les périodes d'emploi, ont des effets différents selon qu'elles sont appliquées aux carrières des femmes et des hommes.

1 - Des règles qui pénalisent les assurés à carrière courte et à bas salaires, généralement des femmes

Plusieurs règles de calcul générales pénalisent en pratique les femmes.

C'est le cas notamment du calcul du salaire de référence au régime général, de l'indexation sur l'inflation des salaires pris en compte pour le calcul de ce salaire de référence, et de la décote, en cas de départ à la retraite avant 67 ans et d'un nombre insuffisant de trimestre pour une pension à taux plein.

Par rapport à la prise en compte de tous les salaires de la carrière, le calcul du salaire de référence au régime général sur les vingt-cinq meilleurs salaires annuels est globalement favorable aux assurés, mais défavorable en pratique aux femmes⁴⁴⁵. En effet, il permet d'exclure les salaires les plus bas, sous réserve d'avoir une durée de la carrière supérieure à vingt-cinq ans, condition satisfaite plus souvent pour les hommes.

De même, pour un montant identique de prestations servies, le fait d'indexer sur les prix, plutôt que sur les salaires, les revenus d'activité portés au compte carrière pour le calcul de la retraite, pénalise plutôt les femmes. En effet, la sous-revalorisation⁴⁴⁶ se cumule d'année et en année jusqu'à l'année de départ à la retraite ; elle est ainsi plus importante pour les salaires de début de carrière que ceux de fin de carrière, ce qui favorise les assurés à carrière non ascendante (carrière interrompue, avec passage à temps partiel ou carrière plate, généralement à bas salaires), qui sont plus fréquemment des femmes.

Enfin, à l'âge d'ouverture des droits à la retraite, les femmes présentent, en moyenne, des carrières plus courtes que celles des hommes. Pour éviter le mécanisme de la décote, elles partent donc plus tard à la retraite. Ainsi, pour la génération 1950, davantage de femmes (19 %) que d'hommes (11 %) attendent l'âge d'annulation de la décote (65 ans pour cette génération, 67 ans désormais) pour partir à la retraite à taux plein, faute d'une durée d'assurance suffisante. Cependant, cette différence a tendance à s'estomper avec l'augmentation de la présence des femmes sur le marché du travail.

⁴⁴⁵ Insee, Économie et Statistique n° 441-442, « *Les conséquences des profils individuels des revenus d'activité au long de la carrière sur le niveau des pensions de retraite* », 2011.

⁴⁴⁶ Il y a sous revalorisation dans la mesure où les prix augmentent moins que les salaires sur longue période.

2 - Des réformes générales des retraites aux effets contrastés sur la situation relative des femmes

Certaines dispositions générales des réformes des retraites menées de 2010 à 2015 auraient des effets contrastés sur la situation relative des femmes, compte tenu notamment des comportements de départ à la retraite.

Ainsi, selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)⁴⁴⁷, à la suite de ces réformes, l'âge moyen de départ à la retraite serait davantage reporté pour les femmes que pour les hommes : pour la génération 1960, le report est de 18,8 mois pour les femmes et de 12,6 mois pour les hommes (respectivement 22,2 mois et 21,0 mois pour la génération 1980).

Cependant, par rapport à ce qui se serait passé sans les réformes, le report du départ à la retraite, plus important pour les femmes, s'accompagnerait d'une progression plus forte de leur pension (par exemple, pour la génération 1980, + 3,1 %⁴⁴⁸ pour les femmes contre + 0,9 % pour les hommes).

3 - Une prise en compte du temps partiel dans le calcul des retraites variable selon les régimes et aux effets complexes

La fréquence du travail à temps partiel parmi les femmes conduit à examiner la façon dont il est valorisé à la retraite.

Au régime général, l'effet du temps partiel sur la durée validée pour la retraite est limité car un assuré, dès lors qu'il est rémunéré au moins sur la base du Smic et travaille au moins à tiers temps, valide quatre trimestres par an (un salaire équivalant à 150 fois le Smic horaire permet de valider un trimestre). L'effet sur le salaire de référence dépend surtout du séquençage de la période à temps partiel dans la carrière. Il est en général très faible en début de carrière et beaucoup plus fort en fin de carrière.

À l'Agirc-Arrco (le régime complémentaire des salariés du secteur privé), l'exercice d'une activité à temps partiel, quel que soit le moment dans la carrière, réduit le nombre de points pour la retraite et *in fine* la pension. Au total, selon le moment où seraient intervenues dix années à mi-temps dans la carrière d'un salarié du secteur privé, affilié au régime général et à l'Agirc-Arrco, et selon l'évolution du niveau de ses salaires au fil de celle-ci, la perte de retraite par rapport à un salarié à temps plein varie fortement, de l'ordre de 2 % si les dix années se situent en début de carrière à plus de 10 % si elles se situent en fin de carrière⁴⁴⁹.

⁴⁴⁷ Les dossiers de la Drees n° 9 « *Les réformes des retraites de 2010 à 2015 : une analyse détaillée de l'impact pour les affiliés et pour les régimes* », décembre 2016.

⁴⁴⁸ Pour la pension relative, définie comme la moyenne, sur la durée de la retraite, de la pension annuelle rapportée au salaire moyen par tête dans l'économie.

⁴⁴⁹ Selon des simulations sur cas types de personnes nées en 1955, cf. dossier du COR du 9 juillet 2014, document n° 11 « *L'impact du temps partiel sur le montant de la pension de retraite : simulations sur cas types de salariés des secteurs privé et public* ».

Dans la fonction publique, le calcul de la durée validée dans le régime est différent selon la nature du temps partiel : au *pro rata* de la quotité de travail si le temps partiel est accordé sur autorisation (sous réserve des nécessités de service) et sur la base d'un temps plein s'il est de droit (jusqu'aux trois ans de son enfant, pour créer une entreprise, etc.). Le temps partiel de droit, spécifique à la fonction publique, n'a ainsi pas d'effet sur la retraite, alors que le temps partiel sur autorisation diminue la pension, d'environ 12 % pour dix années à mi-temps au lieu d'un temps plein.

Dans tous les cas, pour ne pas perdre de droits à retraite, au régime général, à l'Agirc-Arrco et dans la fonction publique, il est possible pour le salarié travaillant à temps partiel de surcotiser sur la base d'une rémunération à temps plein⁴⁵⁰.

II - Des mécanismes spécifiques aux effets puissants, mais à mieux ajuster

Les droits à la retraite des femmes n'ont été améliorés que ponctuellement *via* des mesures spécifiques. En pratique, ce sont deux grandes catégories de mécanismes, les dispositifs de solidarité et les pensions de réversion, qui contribuent à améliorer sensiblement la situation des femmes.

Quelques mesures spécifiques récentes

Les indemnités journalières de maternité sont désormais prises en compte dans le calcul du salaire de référence au régime général, à hauteur de 125 % de leur montant. Moyennant le paiement de cotisations, des droits à la retraite ont pu être constitués par les conjoints, en majorité des femmes, qui ont participé activement et habituellement à l'entreprise sans être rémunérés, à travers la reconnaissance du statut de conjoint collaborateur d'exploitants agricoles (1999) puis de chefs d'une entreprise artisanale, commerciale ou libérale (2005). Ces droits ont depuis été revalorisés et étendus aux retraites complémentaires. Depuis 2022, l'affiliation au statut de conjoint collaborateur est limitée à cinq ans sur toute la carrière afin de privilégier des statuts plus protecteurs, comme ceux de co-exploitant ou de salarié.

⁴⁵⁰ Avec l'accord de l'employeur qui devra également surcotiser sur la part employeur au régime général (article L. 351-15 du CSS) ; dans la limite d'une augmentation de la durée totale de service de quatre trimestres dans la fonction publique (article L. 11 *bis* du code des pensions civiles et militaires de retraite). 10 % des nouveaux retraités parmi les fonctionnaires de l'État en 2020 avaient surcotisé au moins une fois au cours de leur carrière. Le dispositif n'est pas suivi statistiquement au régime général.

A - Des droits directs au titre de la solidarité qui bénéficient davantage aux femmes mais restent à mieux calibrer

Les dispositifs de solidarité du système de retraite accordent des droits, qui s'ajoutent à ceux liés aux périodes d'emploi et qui ne sont pas la contrepartie directe de cotisations versées par leurs bénéficiaires. Les dispositifs de réversion analysés plus loin s'en distinguent au sens où ils peuvent être considérés comme une contrepartie des cotisations versées par le couple.

1 - Des dispositifs de solidarité qui représentent 30 à 40 % des pensions de droit direct versées aux femmes

Certains dispositifs majorent la pension de droit direct (les minima de pension⁴⁵¹ ou les majorations de pension pour trois enfants ou plus) ; d'autres augmentent la durée d'assurance validée (l'assurance vieillesse des parents au foyer ou AVPF, les majorations de durée d'assurance pour enfant, etc.⁴⁵²). D'autres encore permettent de partir à la retraite à taux plein dès 62 ans, même en cas de durée validée pour la retraite insuffisante (en cas d'inaptitude ou d'invalidité), ou de partir à la retraite avant 62 ans (les départs anticipés pour motif familial, pour carrière longue, etc.).

Ces dispositifs bénéficient globalement davantage aux femmes et font plus que compenser pour elles les effets défavorables des règles de calcul des pensions liées à l'emploi⁴⁵³.

Pour la génération 1950, alors que la durée cotisée au titre de l'emploi était en moyenne inférieure de 22 % pour les femmes, la durée d'assurance validée ne l'était que de 5 %. Cet écart s'est réduit au fil des générations et devrait s'inverser à l'avenir: la durée validée par les femmes est très proche de celle des hommes parmi les assurés du régime général partis à la retraite en 2020 (160 trimestres contre 161 pour les hommes) et serait même supérieure de 5 % à partir de la génération 1980, selon la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav).

⁴⁵¹ Cour des comptes, « *Les minima de pension de retraite : un système complexe à la logique devenue incertaine* », Ralfss 2020, chapitre VII, octobre 2020.

⁴⁵² Cour des comptes, « *Les droits familiaux de retraite : des dispositifs à simplifier et à harmoniser* », Ralfss 2022, chapitre VII, octobre 2022.

⁴⁵³ Aubert P., Bachelet M., « Disparités de montant de pension et redistribution dans le système de retraite français », déjà cité.

Fin 2016, selon la Drees⁴⁵⁴, l'ensemble des dispositifs de solidarité au sens large représentait 29,1 % des pensions de droit direct versées aux femmes, dont 50,2 % pour celles ayant eu trois enfants ou plus et 19,1 % pour les autres, contre 18,3 % de celles versées aux hommes. L'écart (près de 11 points) du poids de ces dispositifs dans les pensions de droit direct des hommes et des femmes résulte principalement des droits familiaux de retraite (écart de 10 points).

Sans les dispositifs de solidarité, la pension moyenne de droit direct des femmes aurait été inférieure de 50 % à celle des hommes, et non de 42 % comme constaté.

Tableau n° 26 : part des dispositifs de solidarité dans le total des pensions de droit direct tous régimes en 2016

<i>En % du total des pensions de droit direct</i>	Femmes	Hommes
<i>Droits familiaux de retraite</i>	13,2 %	3,2 %
- <i>Majorations de pension pour trois enfants ou plus</i>	2,8 %	3,1 %
- <i>Majorations de durée pour enfant</i>	6,5 %	0,0 %
- <i>Trimestres d'AVPF</i>	2,7 %	0,1 %
- <i>Départs anticipés pour motif familial</i>	1,2 %	0,0 %
<i>Minima de pension</i>	6,2 %	1,1 %
<i>Périodes assimilées (1)</i>	4,7 %	5,3 %
<i>Départs anticipés pour carrière longue</i>	1,7 %	2,6 %
<i>Autres départs anticipés (2)</i>	2,1 %	4,2 %
<i>Autres majorations de durée (3)</i>	0,4 %	1,4 %
<i>Départs à taux plein pour invalidité ou inaptitude</i>	0,8 %	0,5 %
<i>Total des dispositifs de solidarité</i>	29,1 %	18,3 %

Notes : (1) Points et trimestres au titre de périodes de chômage, de maladie, de maternité ou d'invalidité ; (2) Catégories actives des fonctionnaires, départs pour handicap, pénibilité, etc. ; (3) Au titre de services insalubres, de campagnes militaires, etc.

Source : Cour des comptes à partir des données de la Drees

⁴⁵⁴ Les dossiers de la Drees n° 49 « Retraite : les dispositifs de solidarité représentent 22 % des pensions versées aux femmes et 12 % pour les hommes », février 2020. L'estimation a été réalisée sur la base de l'échantillon inter-régimes de retraités (EIR) de 2016, l'échantillon exploitable le plus récent qui recense les pensions de retraite versées par les différents régimes de retraite en décembre 2016.

Selon une méthode différente retenue par la Cnav et n'intégrant pas les départs anticipés parmi les dispositifs de solidarité⁴⁵⁵, le poids des dispositifs de solidarité pour les femmes passerait de 40 % pour la génération 1950 à 33 % pour la génération 2000 (respectivement 19 % et 20 % pour les hommes de ces générations) ; il diminuerait au fil des générations du fait de la baisse de la part des minima de pension⁴⁵⁶.

Les corrections apportées par les dispositifs de solidarité sont plus faibles dans les régimes complémentaires qu'au régime général⁴⁵⁷.

2 - Les dispositifs de départ anticipé à la retraite moins favorables aux femmes qu'aux hommes

Les dispositifs de départ anticipé à la retraite, à l'exception de ceux pour motif familial⁴⁵⁸, bénéficient davantage aux hommes.

C'est le cas des départs anticipés pour carrière longue qui exigent notamment des durées cotisées élevées : parmi les retraités nés en 1950, seulement 5 % des femmes en ont bénéficié contre 18 % des hommes. Pour favoriser leur accès au dispositif, la loi du 20 janvier 2014 a ajouté tous les trimestres de maternité parmi les trimestres cotisés, mais les majorations de durée d'assurance pour enfant, qui sont attribuées même sans cessation ou réduction de l'activité professionnelle, ne sont pas retenues.

Les différences de métiers exercés par les femmes et les hommes ont également des effets sur les possibilités de départ anticipé à la retraite.

Les départs anticipés dans la fonction publique et les autres régimes spéciaux de retraite liés à certaines catégories d'emploi (policiers, sapeurs-pompiers, militaires, conducteurs de train, etc.) bénéficient globalement moins aux femmes, compte tenu des fonctions concernées et du fait que des métiers concentrant beaucoup de femmes ne sont plus classés en catégorie active (institutrices⁴⁵⁹ et infirmiers⁴⁶⁰). De même, le compte professionnel de

⁴⁵⁵ Cnav, Cadr'@ge n° 43 « *Les mécanismes de solidarité améliorent les pensions de retraite : des effets proches entre les générations 1950 et 2000* », avril 2020.

⁴⁵⁶ Supposés être, comme actuellement, revalorisés selon l'inflation.

⁴⁵⁷ Cnav, « *Les écarts de pensions tous régimes entre les hommes et les femmes : analyse sur les nouveaux retraités de droit propre du régime général de 2017* », décembre 2021. Pour les nouveaux retraités de 2017 n'ayant été affiliés qu'au régime général pour leur retraite de base, l'écart de pension de droit direct entre les femmes et les hommes est de 29 % au régime général et 56 % dans les régimes complémentaires.

⁴⁵⁸ Mais dont le principal (les départs dans la fonction publique après quinze ans de service et trois enfants) est en extinction.

⁴⁵⁹ Corps de fonctionnaire mis en extinction par le décret du 23 décembre 2003 et progressivement remplacé par le corps de professeur des écoles.

⁴⁶⁰ Article 37 de la loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique.

prévention, sur lequel les salariés exposés à des facteurs de pénibilité acquièrent des points en fonction de la durée de cette exposition⁴⁶¹, bénéficie surtout à des hommes : seulement 24 % des salariés ayant acquis au moins un point fin 2020 étaient des femmes. Les critères de pénibilité retenus⁴⁶² renvoient, en effet, principalement à des métiers masculins : plus de 40 % des déclarations d'exposition l'étaient dans l'industrie manufacturière, qui représente moins de 15 % de l'emploi salarié du secteur privé.

3 - Des minima de pension majoritairement attribués aux femmes

Tous les régimes de base, excepté celui des professionnels libéraux, attribuent des minima de pension, sous la forme d'un montant forfaitaire⁴⁶³, qui augmentent les pensions de retraités dont les revenus d'activité ont été faibles, sous la condition, notamment, de bénéficier d'une pension à taux plein⁴⁶⁴.

Ces minima sont majoritairement attribués aux femmes : parmi les retraités nés en 1950, cinq femmes sur dix en bénéficient et seulement trois hommes sur dix, ce qui porte à 62 % la part des femmes parmi les bénéficiaires. Les majorations de pension associées représentent des montants substantiels : 150 euros en moyenne par mois pour les femmes nées en 1950 et percevant un minimum dans leur régime principal, soit 28 % de leur pension de droit direct ; pour un quart d'entre elles, cette part est supérieure à 39 %.

Les bénéficiaires du minimum de pension du régime général (le « minimum contributif ») sont en majorité des assurés à carrière courte, qui partent à la retraite à l'âge d'annulation de la décote (67 ans) ou à 62 ans au titre de l'inaptitude ou de l'invalidité. La condition du taux plein pour en bénéficier oblige ainsi beaucoup de femmes à attendre 67 ans pour partir à la retraite⁴⁶⁵.

⁴⁶¹ Ces points peuvent être utilisés, entre autres, pour majorer la durée d'assurance ou partir à la retraite à partir de 60 ans.

⁴⁶² Travail de nuit, travail en équipes successives alternantes, travail répétitif, bruit, températures extrêmes et activités exercées en milieu hyperbare.

⁴⁶³ 652,60 euros par mois pour une carrière complète au régime général en 2022.

⁴⁶⁴ Cour des comptes, « *Les minima de pension de retraite : un système complexe à la logique devenue incertaine* », déjà cité.

⁴⁶⁵ La majoration au minimum contributif, instaurée en 2004 et conditionnée par une durée minimale de 120 trimestres cotisés, a bénéficié jusqu'ici davantage aux hommes. Elle vaut 60,51 euros par mois, ce qui porte le montant majoré à 713,11 euros (+ 9,3 %).

Les minima de pension à l'étranger⁴⁶⁶

À l'exception des États-Unis, tous les pays examinés ont mis en place des minima 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 à la durée d'assurance (Japon et Royaume-Uni). La pension forfaitaire, par nature, bénéficie autant aux femmes qu'aux hommes, sauf en Suède où, comme les pays du premier groupe, la pension minimale bénéficie majoritairement aux femmes car elle complète la pension de base, liée aux salaires et à la durée de la carrière, lorsque celle-ci est faible.

Afin de garantir un niveau de vie minimal aux retraités, en sus, le cas échéant, des minima de pension, le minimum vieillesse soutient le revenu des personnes âgées de 65 ans ou plus. Il intervient comme un filet de sécurité, servi sans considération des activités professionnelles des personnes, en complétant leurs ressources, sous un plafond total de 916,78 euros par mois pour une personne seule et de 1 423,31 euros pour un couple (en 2022). Fin 2019, près de 56 % des allocataires du minimum vieillesse étaient des femmes (88 % parmi les 90 ans et plus), dont 90 % de femmes seules, mais, en 2016, plus d'une femme seule sur deux éligibles au minimum vieillesse n'y a pas recouru, contre 44 % des hommes seuls⁴⁶⁷.

Les femmes sont, de fait, les premières à bénéficier des minima à destination des personnes âgées. Ce sont aussi les premières à pâtir des difficultés de paiement à bon droit des retraites, que la Cour⁴⁶⁸ a relevées plus particulièrement pour les minima de pension et le minimum vieillesse.

⁴⁶⁶ Sur le champ des pays régulièrement examinés par le COR : Allemagne, Belgique, Canada, Espagne, États-Unis, Italie, Japon, Pays-Bas, Suède et Royaume-Uni.

⁴⁶⁷ Les dossiers de la Drees n° 97, « *Le non-recours au minimum vieillesse des personnes seules* », mai 2022.

⁴⁶⁸ Cour des comptes, « *Les minima de pension de retraite : un système complexe à la logique devenue incertaine* », déjà cité, et « *Le minimum vieillesse et l'allocation de rentrée scolaire : une contribution forte à la réduction de la pauvreté, des performances de gestion contrastées* », Ralfss 2021, chapitre X, octobre 2021.

4 - Des droits familiaux de retraite essentiels pour les mères, à simplifier et à harmoniser

Les principaux droits familiaux de retraite⁴⁶⁹ sont les majorations de durée d'assurance (MDA) pour enfant, les majorations de pension pour parents de trois enfants ou plus et l'AVPF qui donne des droits, au régime général, au titre des enfants.

Ces droits bénéficient à environ trois retraités sur cinq, en majorité des femmes, 90 % d'entre elles disposant d'au moins un droit familial. La contribution des droits familiaux au montant des pensions augmente logiquement avec le nombre d'enfants. Elle est en moyenne de 18 % pour les femmes nées en 1946 et en 1950, allant de 5 % pour les mères d'un seul enfant à un peu plus de la moitié de la pension pour les mères de quatre enfants ou plus.

En revanche, les majorations de pension pour parents de trois enfants ou plus, contribuent à augmenter les écarts en euros de montant de pension entre les femmes et les hommes, car les pensions des pères qui en bénéficient sont en moyenne plus élevées que celles des mères.

Lorsque certains de ces droits, à l'exemple des MDA, étaient réservés aux mères, ils ont été jugés discriminatoires à l'encontre des pères par les juridictions européennes ou nationales⁴⁷⁰. Ils ont alors été étendus aux pères mais avec l'intention de les orienter en priorité vers les mères, *via* des MDA au titre de la maternité et, au régime général, des MDA attribuées par défaut à la mère au titre de l'éducation en l'absence d'indication contraire des parents.

Au total, les droits familiaux de retraite contribuent beaucoup à réduire les écarts de pension entre les femmes (de fait, les mères) et les hommes, au prix d'un effort financier important⁴⁷¹.

⁴⁶⁹ Cour des comptes, « *Les droits familiaux de retraite : des dispositifs à simplifier et à harmoniser* », déjà cité.

⁴⁷⁰ Principales jurisprudences : Cour de justice de l'Union européenne (CJUE), 29 novembre 2001, Griesmar c/ ministère de l'économie, C-366/99 ; CJUE, 13 décembre 2001, Mouflin c/France, C-206/00 ; Cour de cassation, 2^e chambre civile, 19 février 2009.

⁴⁷¹ Cour des comptes, « *Les droits familiaux de retraite : des dispositifs à simplifier et à harmoniser* », déjà cité. La part des trois principaux droits familiaux (MDA, AVPF et majorations de pension) dans la masse des pensions de droit direct passerait de 6,7 % en 2016 à près de 10 % en 2040 (36 milliards d'euros constants).

La Cour⁴⁷² a néanmoins constaté qu'ils compensaient mal, à la retraite, l'incidence des enfants sur la carrière des mères : ils attribuent plus de trimestres de retraite par rapport aux réductions d'activité (les MDA sont accordées même en l'absence de réduction d'activité) et compensent peu les pertes de salaire associées. Ces droits mériteraient en conséquence d'être, à coûts constants, aménagés au profit de majorations de pension et simplifiés, dans l'objectif d'une meilleure harmonisation entre les régimes de retraite.

Les droits familiaux de retraite à l'étranger

Les droits familiaux de retraite, qui n'existent pas dans les régimes obligatoires au Canada, aux Pays-Bas ou aux États-Unis, ont été développés dans plusieurs pays européens depuis les années 1990 pour atténuer les effets des réformes pour les mères susceptibles d'être particulièrement affectées en raison de carrières plus souvent incomplètes. En Allemagne, Espagne, Italie, Royaume-Uni et Suède, ils sont moins nombreux qu'en France et majoritairement accessibles sans condition d'interruption d'activité. Souvent attribués au titre d'un congé pour maternité ou d'un congé parental, ils bénéficient majoritairement aux mères mais, dans certains cas, le bénéficiaire de ces droits est au choix du couple.

En Espagne, comme en France, les compléments de pension liés aux enfants et réservés aux mères ayant au moins deux enfants ont été jugés « discriminatoire » par la CJUE en 2019⁴⁷³. Afin de contourner cette difficulté, depuis 2021, le nouveau dispositif accorde le complément à partir du premier enfant sous la forme d'une majoration forfaitaire par enfant. Il est attribué à l'un des deux conjoints, mais il est versé à la mère sauf si le père justifie d'une interruption de carrière ou d'une perte de salaire après la naissance de l'enfant et si sa pension est plus faible. Le dispositif s'inscrit dans un objectif d'égalité entre les femmes et les hommes puisqu'il est prévu qu'il s'applique jusqu'à ce que l'écart entre la pension moyenne des femmes et celle des hommes soit inférieur à 5 %.

B - Des dispositifs de réversion qui réduisent les écarts de pension, mais restent inéquitables

Les pensions de réversion consistent à reverser au conjoint ou à l'ex-conjoint survivant une partie de la pension de la personne décédée. Elles s'ajoutent aux droits directs liés à l'emploi et aux dispositifs de solidarité.

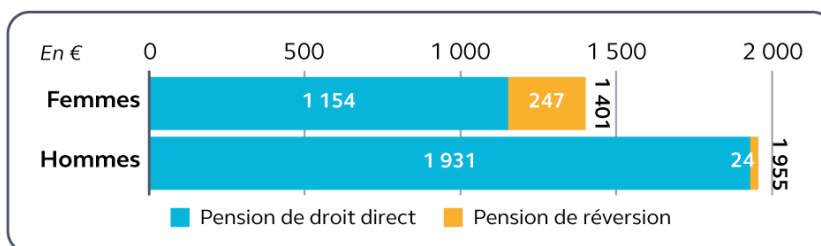
⁴⁷² Cour des comptes, « *Les droits familiaux de retraite : des dispositifs à simplifier et à harmoniser* », déjà cité.

⁴⁷³ CJUE, 12 décembre 2019, *WA c/ Instituto Nacional de la Seguridad Social*, C-450/18.

1 - Des écarts de pension totale atténués par les pensions de réversion attribuées majoritairement à des femmes

Compte tenu des écarts d'espérance de vie et d'âge au sein des couples, près de 90 % des bénéficiaires des pensions de réversion sont des femmes. En 2020, les pensions de réversion réduisent l'écart de pension moyenne entre les femmes et les hommes parmi les personnes percevant une pension de droit direct ; cet écart passe de 40 % pour les seuls droits directs à 28 % après prise en compte des réversions, qui bénéficient à 3,3 millions de femmes percevant une pension de droit direct et résidant en France.

Graphique n° 29 : montant mensuel moyen de la pension des femmes et des hommes percevant une pension de droit direct en 2020



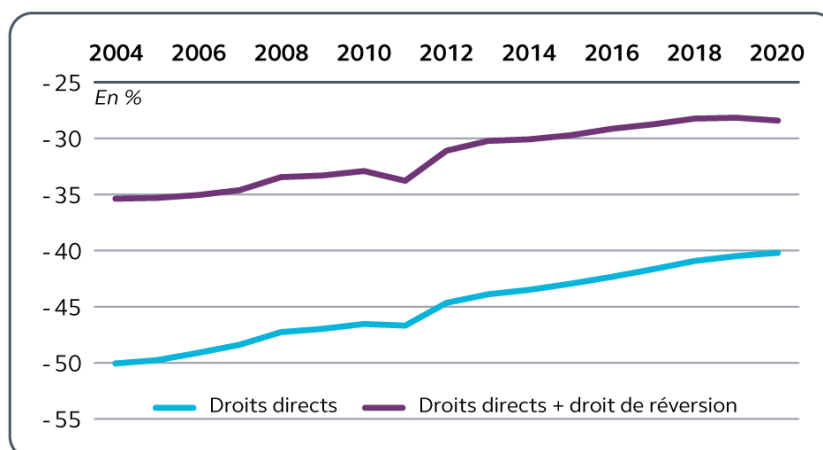
Champ : Retraités résidant en France.

Source : Drees

En outre, plus d'un million de personnes, dont environ 574 000 résidant en France, à 95 % des femmes, bénéficient en 2020 de pensions de réversion sans percevoir de pensions de droit direct, soit parce qu'elles n'ont pas encore atteint l'âge d'ouverture des droits à la retraite, soit parce qu'elles n'ont pas cotisé au système de retraite.

La part de la pension de réversion dans la pension totale des femmes se réduit (de 23 % en 2004 à 18 % en 2020), en relation principalement avec la hausse des pensions acquises grâce à leur activité professionnelle, et la réduction de l'écart de pension totale entre les femmes et les hommes au cours du temps résulte principalement des pensions de droit direct.

Graphique n° 30 : évolution des écarts de pension entre les femmes et les hommes entre 2004 et 2020 (en %)



*Champ : Retraités résidant en France ayant perçu une pension de droit direct.
Source : Drees*

En projection⁴⁷⁴, cet écart de pension totale continuerait de se réduire (17 % en 2040) mais ne devrait pas disparaître, dès lors que subsistent des écarts de salaire et donc des écarts de pension de droit direct.

Dans les pays européens examinés (Allemagne, Espagne, Italie, Pays-Bas, Danemark, Portugal et Suède), les femmes perçoivent également des pensions totales plus faibles que les hommes. L'écart avec les hommes est intermédiaire en France (30 % en 2019 selon Eurostat), il n'est que de 7 % au Danemark, qui verse notamment des pensions forfaitaires ; il est plus élevé en Allemagne (36 %) et aux Pays-Bas (40 %).

⁴⁷⁴ COR, rapport annuel, septembre 2022. Données calées sur celles de la Drees en 2020.

Un niveau de vie à la retraite lié à la situation conjugale⁴⁷⁵

En 2019, le niveau de vie moyen des femmes retraitées n'était inférieur que de 5,2 % à celui des hommes retraités. Ce faible écart résulte du fait que le niveau de vie est supposé identique pour tous les membres d'un même ménage et donc pour les deux conjoints d'un couple. Les écarts de niveau de vie à la retraite entre les femmes et les hommes proviennent essentiellement des personnes seules, dans une moindre mesure des couples dont l'un est retraité et l'autre pas.

Les veuves, qui représentent plus de 40 % des retraités vivant seuls, ont, par rapport aux retraités en couple, un niveau de vie moyen inférieur de 19 % et un taux de pauvreté⁴⁷⁶ supérieur de 7,2 points (12,3 % contre 5,1 %). Elles appartiennent à des générations anciennes dont les revenus sont plus faibles et au sein desquelles les femmes de cadres sont sous-représentées car les cadres ont une espérance de vie plus élevée que les ouvriers.

Les femmes divorcées seules à la retraite ont un niveau de vie moyen encore plus faible, inférieur de 25 % à celui des retraités vivant en couple, et plus d'une sur cinq est pauvre. Comme elles ne perçoivent pas, ou peu, de pensions de réversion, on s'attendrait à ce qu'elles aient un niveau de vie encore plus faible, de même pour les femmes retraitées célibataires dont le niveau de vie moyen est pourtant proche de celui des veuves.

La raison est que les femmes divorcées ou célibataires actuellement à la retraite ont des pensions de droit direct plus élevées que les autres femmes de leur génération car la montée du divorce et du célibat s'est d'abord observée parmi les femmes les plus diplômées. À l'avenir, cette différence devrait s'atténuer car, parmi les générations nées après les années 1960, les femmes les plus diplômées vivent au contraire plus souvent en couple que les femmes les moins diplômées⁴⁷⁷. En outre, la part des femmes divorcées ou célibataires à la retraite devrait augmenter⁴⁷⁸, ce qui devrait conduire à une hausse de la part des retraitées à faible niveau de vie.

⁴⁷⁵ COR, rapport annuel, septembre 2022. Le niveau de vie rapporte tous les revenus du ménage, y compris prestations sociales et après impôt, à sa taille exprimée en unités de consommation (cf. infra).

⁴⁷⁶ Seuil de pauvreté égal à 60 % du niveau de vie médian de l'ensemble de la population, soit 1 102 euros par mois en 2019.

⁴⁷⁷ Insee Première n° 1281, « *Vivre en couple, la proportion de jeunes en couple se stabilise* », février 2010.

⁴⁷⁸ « *Retraites : droits familiaux et conjugaux* », sixième rapport du COR, décembre 2008. Sur dix femmes, pour celles nées en 1930, une est restée célibataire, une a divorcé et les huit autres se sont mariées sans jamais divorcer ; pour celles nées en 1950, parties récemment à la retraite, une sera restée célibataire, trois auront divorcé (dont une se sera remariée à la retraite) et les six autres se seront mariées sans jamais divorcer ; pour celles nées en 1970, trois resteraient célibataires, trois se marieraient puis divorceraient (dont une serait remariée à la retraite) et quatre se marieraient sans jamais divorcer.

2 - Des pensions de réversion dont les différences d'attribution doivent être corrigées

Les conditions d'attribution (âge, ressources, durée de mariage) et le montant de la pension de réversion diffèrent selon les régimes, mais tous réservent la réversion aux personnes qui sont ou ont été mariées.

Comme le soulignait la Cour en 2015⁴⁷⁹, les grandes différences de règles selon les régimes créent de nombreuses et profondes disparités, et des situations d'une grande complexité. Elles soulèvent la question de l'objectif poursuivi : soit la pension de réversion, attribuée le plus souvent à la femme, a pour objet de prolonger au-delà du décès le partage au sein du couple du fruit du travail rémunéré du conjoint décédé, lequel a souvent été facilité par le travail domestique assuré par le conjoint survivant ; soit elle a pour objet de maintenir le niveau de vie du conjoint survivant par rapport à celui avant le décès de son conjoint

L'objectif de maintien du niveau de vie du survivant est atteint par les dispositifs de réversion, mais seulement en moyenne. En effet, ces dispositifs⁴⁸⁰ ne suffisent pas à préserver le niveau de vie de certaines catégories de femmes, en particulier celles dont les pensions sont les plus faibles⁴⁸¹. À l'inverse, la proportion de femmes dont le niveau de vie s'améliore après le décès du conjoint, s'élèverait du fait de l'augmentation des pensions de droit direct des femmes ; selon des simulations⁴⁸², elle atteindrait environ 50 % pour celles nées au cours des années 1960, contre 36 % pour celles nées entre 1950 et 1954. Les dispositifs de réversion, dont la part dans la masse des pensions (près de 11 % en 2021) diminuerait mais resterait importante en 2040⁴⁸³, mériteraient d'être mieux ciblés. En excluant tout bouleversement, comme le recommandait la Cour en 2015, compte tenu du rôle toujours majeur de ces dispositifs dans le rapprochement des niveaux de pensions entre les femmes et les hommes, il conviendrait d'en préserver le caractère juste et équitable, en évitant les situations paradoxales décrites dans l'encadré ci-après.

⁴⁷⁹ Cour des comptes : « *Les pensions de réversion : un rôle toujours majeur, une modernisation souhaitable* », Ralfss 2015, chapitre XI, septembre 2015.

⁴⁸⁰ Compte tenu de leurs barèmes et du calcul du niveau de vie.

⁴⁸¹ Cnav, *Retraite et société* n° 83, « Évolutions des pensions de réversion : une première approche des effets redistributifs ».

⁴⁸² Insee, « *L'effet du veuvage et de la réversion sur le niveau de vie : simulations en projection* », octobre 2014.

⁴⁸³ Environ 9 % selon « *Les pensions de réversion à l'horizon 2070* », document n° 8, dossier du COR du 31 janvier 2019.

L'appréciation du niveau de vie du conjoint survivant

L'approche statistique du niveau de vie d'un ménage repose sur la notion d'« unités de consommation » (UC) qui permet de tenir compte des effets d'échelle liés aux charges fixes (logement, électricité, véhicule, etc.). Selon la convention retenue par l'Insee à partir d'estimations globales, on considère ainsi qu'une personne vivant seule représente une unité, et deux personnes représentent 1,5 unités, et non pas 2. Le niveau de vie est calculé en rapportant les revenus du ménage au nombre d'unités de consommation.

La variation du niveau de vie du conjoint survivant après un veuvage dépend en particulier du niveau de ses droits propres et du taux de réversion. Dans cette approche, une personne n'ayant pas de pension de retraite personnelle, et ne percevant plus que la moitié de la retraite de son conjoint décédé au titre de la réversion, voit son niveau de vie diminuer⁴⁸⁴. En revanche, si les deux conjoints percevaient des pensions de niveau égal, la baisse de revenu (en valeur absolue) consécutive au veuvage peut – paradoxalement – se traduire par une augmentation du niveau de vie mesuré par unité de consommation⁴⁸⁵.

Cependant, l'appréciation des effets du veuvage sur le niveau de vie nécessiterait, pour être complète et juste, de connaître les autres revenus du conjoint survivant ainsi que son patrimoine, financier et immobilier.

En outre, le principe actuel de la proratisation de la pension de réversion en présence de plusieurs conjoints, qui est une situation de plus en plus fréquente avec le nombre croissant des divorcés, pose des questions d'équité : les divorcés dont l'ex-conjoint s'est remarié ne bénéficieront que d'une part de la réversion, alors que ceux dont l'ex-conjoint ne s'est pas remarié en percevront l'intégralité dans la plupart des régimes.

Le partage de la réversion : des règles aux conséquences aberrantes

La situation examinée est celle d'un conjoint survivant marié avec l'assuré, pendant seulement la première année de la carrière de celui-ci, qui a duré 40 ans.

Au régime général, si l'assuré décédé ne s'est jamais remarié, l'ex-conjoint perçoit l'intégralité de la pension de réversion mais, s'il s'est remarié peu de temps après son divorce (sans nouvelle séparation par la suite), l'ex-conjoint touche seulement 1/40, soit 2,5 %, de cette pension.

⁴⁸⁴ En couple, son niveau de vie était égal à la pension de son mari, par exemple 1 500 €, divisée par 1,5, soit 1 000 € par UC. Une fois veuve, il est égal à la pension de réversion, soit la moitié de la pension du mari, ce qui correspond à 750 € par UC.

⁴⁸⁵ Si chaque conjoint a une pension de 1 500 €, le niveau de vie du couple était de 2 000 € par UC (3 000 € divisés par 1,5) ; celui de la veuve passe à 2 250 € par UC (1 500 € de pension de droit direct et 750 € de pension de réversion).

À l'Agirc-Arrco, si cet assuré ne s'est jamais remarié, l'ex-conjoint n'a droit qu'à 2,5 % de la pension de réversion car le divorce entraîne alors une proratisation en fonction des durées de mariage et d'assurance. Si l'assuré décédé s'était remarié six mois avant son décès, l'ex-conjoint aurait bénéficié de 1/1,5, soit 66 %, de la pension de réversion (proratisation cette fois uniquement en fonction de la durée totale des mariages).

Certains pays ont adopté un système de partage des droits à la retraite entre conjoints, qui consiste à attribuer à chaque conjoint la moitié de la totalité des droits acquis par le couple pendant la période de vie maritale. Ce partage des droits instaure une stricte égalité de traitement des deux conjoints, quelle que soit la façon dont ont été réparties les tâches domestiques. Or, s'il est facile à mettre en œuvre dans un régime à points, comme le régime de base allemand, son application dans les régimes en annuités français pose de grandes difficultés.

Les pensions de réversion à l'étranger

Dans tous les pays examinés par le COR, existent des dispositifs de réversion associés aux régimes de base, sauf au Royaume-Uni et en Suède où ils ont été supprimés ; aux Pays-Bas, ils ont presque disparu en raison de conditions d'éligibilité très restrictives depuis 1996. Toutefois, dans ces trois pays, les régimes complémentaires professionnels, très développés, prévoient des possibilités de réversion. Les conditions d'accès aux dispositifs de réversion dépendent de l'âge, du statut marital (divorce ou remariage) et des ressources du conjoint survivant.

Dans tous les pays examinés, plus de 80 % des bénéficiaires de pension de réversion sont des femmes, en raison de leur plus longue espérance de vie. Leur nombre tend à diminuer en proportion de la diminution des mariages et de la hausse des divorces. Ces évolutions ont conduit à l'ouverture de la réversion aux couples non mariés (Allemagne, Canada, Espagne, Italie, Japon, Pays-Bas) et à l'introduction d'un partage des droits en cas de divorce (Allemagne, Canada, Royaume-Uni), voire en substitution à la réversion (Allemagne).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le système de retraite n'a pas vocation à compenser tous les écarts constatés en période d'emploi⁴⁸⁶. La réduction des écarts de pension entre les femmes et les hommes passe d'abord par des actions sur le marché du travail. La lutte contre les discriminations à l'encontre des femmes mérite d'être amplifiée. Les mesures visant à mieux concilier la vie familiale et la vie professionnelle doivent continuer à être développées pour limiter l'effet de l'éducation des jeunes enfants sur la carrière des parents, en particulier celles améliorant l'accueil des jeunes enfants.

Les écarts de pension sont atténués grâce principalement aux droits à retraite liés aux enfants et aux dispositifs de réversion, qui bénéficient davantage aux femmes et représentent près de 60 Md€ de prestations, soit près d'un cinquième du total des pensions de retraite. Ces correctifs apportés par le système de retraite visent à réduire les écarts de droits liés à l'éducation des enfants et à la vie en couple. Leur maintien est discuté au motif qu'il entretiendrait les écarts de situation préalables à la retraite ; la Cour estime, cependant, que ces droits doivent mieux compenser les interruptions de carrière et des moindres salaires des femmes et des hommes liés à l'éducation des jeunes enfants et au partage des tâches domestiques, tout en préservant la soutenabilité financière du système, ce qui nécessite des réformes, sans coûts supplémentaires.

La loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 portant réforme des retraites n'ayant pas apporté de modifications substantielles aux droits familiaux de retraite⁴⁸⁷, la Cour exprime à nouveau l'orientation suivante afin qu'elle soit prise en compte dans le cadre des évolutions futures du système de retraite :

- *compenser à coût constant et de manière plus ajustée (i.e. moins en attribution de trimestres, plus en majoration de pension) l'incidence sur les droits à retraite des pertes de trimestres et de salaire liées aux interruptions de carrière pour l'éducation des jeunes enfants, notamment pour les pensions les plus faibles, tout en préservant des droits spécifiques à partir de trois enfants.*

⁴⁸⁶ Selon l'exposé des motifs de la loi du 20 janvier 2014, « *Le système de retraite n'a pas vocation à corriger toutes les inégalités. A minima, il doit éviter de les amplifier* ».

⁴⁸⁷ Sous réserve de l'attribution d'une surcote aux assurés titulaires d'au moins un trimestre de majoration de durée d'assurance et disposant, un an avant l'âge légal de départ à la retraite, soit à 63 ans, du nombre de trimestres requis pour une pension à taux plein.

Chapitre X

Le régime de sécurité sociale

des marins : une réforme indispensable

PRÉSENTATION

L'Établissement national des invalides de la marine (Énim), qui gère le régime spécial des marins, a été créé en 1681. Cette origine lointaine, la spécificité des usages du secteur maritime et la dangerosité et la pénibilité des métiers exercés expliquent les règles favorables du régime par dérogation au droit commun, notamment pour l'âge de départ en retraite.

L'organisation du secteur maritime, ses pratiques, le droit international applicable à la navigation, les caractéristiques des navires et de l'exercice des métiers maritimes ont cependant beaucoup évolué depuis la deuxième guerre mondiale. Or, la réglementation des branches retraite et maladie gérées par l'Énim n'a été que très peu adaptée et apparaît aujourd'hui frappée d'obsolescence, comme l'a souligné la Cour⁴⁸⁸.

Les paramètres de ce régime spécial sont en effet fixés par des lois et des règlements dont la plupart remontent à plus de 70 ans. Son financement procède essentiellement du budget de l'État pour ses dépenses de retraite (997 M€ en 2021) et de l'assurance-maladie pour celles de son régime de prévoyance (420 M€). Parmi les régimes de sécurité sociale comptant un nombre significatif d'actifs, il est le plus subventionné : les cotisations sociales acquittées par ses 34 000 cotisants et leurs employeurs ne constituent que 10 % de ses recettes.

La complexité de la réglementation de ce régime explique en partie que les pouvoirs publics aient différé la transposition des réformes mises en œuvre dans les autres régimes de retraite de base depuis 2003 malgré le niveau élevé de son financement par le budget de l'État et ses paramètres très favorables par rapport aux autres régimes de sécurité sociale. Elle a également conduit au maintien d'une branche maladie autonome, alors que son déficit est intégralement financé par le régime général et que la gestion des prestations en nature y est adossée.

Les règles du régime s'avèrent cependant en trop grand décalage avec le droit commun pour qu'elles puissent être maintenues en l'état.

Le régime de sécurité sociale des marins est caractérisé par des règles complexes, obsolètes et inéquitables (I). La mise en œuvre de la déclaration sociale nominative dans le secteur maritime en 2021 rend désormais inéluctable l'adaptation de ce régime (II).

⁴⁸⁸ Cour des comptes, 2020 : « Les mesures de soutien à la flotte de commerce ». Observations définitives S-2020-1719.

Les ressortissants du régime spécial des marins en 2021

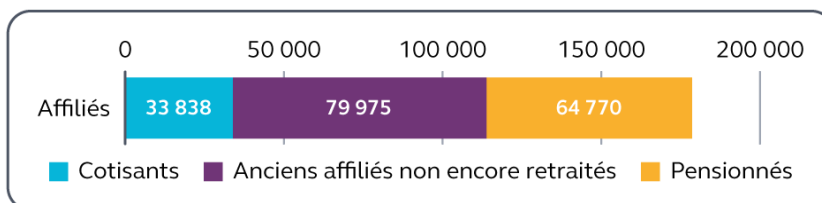
Les 34 000 actifs affiliés à l'Énim au titre de leur activité professionnelle se répartissent entre quatre secteurs maritimes à hauteur de :

- 45 % pour le secteur du commerce (transport de passagers et de marchandises, travaux maritimes...),
- 39 % pour la pêche,
- 12 % pour les cultures marines (conchyliculture, notamment),
- 3 % pour le secteur de la plaisance.

La branche vieillesse du régime spécial verse des pensions à environ 65 000 retraités de droit direct, pour un montant moyen de 946 € par mois (tous types de pensions confondues). Ce niveau moyen est à rapprocher d'une faible durée moyenne d'affiliation au régime. Celle-ci n'est en effet que de 15 ans pour l'ensemble des retraités, et la moitié de ceux qui ont liquidé leur pension depuis 2016 avaient moins de dix ans validés dans le régime. Parmi les pensionnés de l'Énim, 90 % bénéficient également de pensions versées par d'autres régimes de retraite.

La branche maladie du régime compte environ 90 000 affiliés, dont 70 000 assurés de droit direct et 20 000 ayants droit.

Graphique n° 31 : statut d'affiliation à l'Énim en 2021



Source : Énim, *Un régime dont les règles sont complexes, obsolètes et inéquitables*

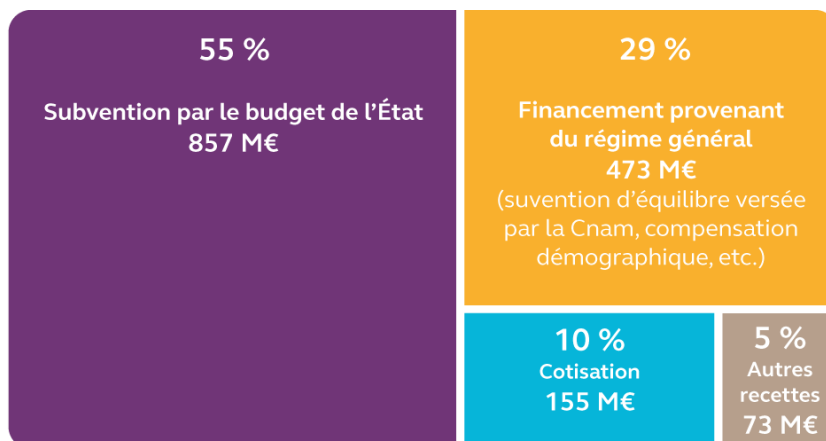
I - Un régime dont les règles sont complexes, obsolètes et inéquitables

A - Des règles de cotisations qui limitent les recettes du régime, des prestations financées par la solidarité nationale

1 - Une assiette de cotisation fondée sur des salaires forfaitaires

La part des cotisations sociales dans le financement du régime spécial des marins est très limitée, l'essentiel de ses ressources provenant soit du budget de l'État, soit du régime général de sécurité sociale. Cette situation n'est pas nouvelle et apparaît presque constitutive du régime. Elle résulte en partie de sa situation démographique, puisqu'il ne comporte que 34 000 affiliés pour environ 65 000 pensionnés de droit direct et 70 000 bénéficiaires au titre de l'assurance maladie. Cependant, le déficit de financement propre du régime résulte aussi de règles d'assiette reposant non pas sur des salaires réels mais sur des bases forfaitaires, et d'une accumulation d'exonérations et de taux de cotisation différenciés.

Schéma n° 7 : sources de financement de l'Énim en 2021



Source : Cour des comptes à partir de la synthèse des comptes de résultat de l'Énim

La réglementation du régime a été établie en 1948 et 1952 à partir de principes qui n'ont pas été revus depuis cette date. Elle prévoit une liste de « *fonctions à bord* » (280 fonctions possibles)⁴⁸⁹ déclarées par l'employeur ou l'affilié à l'occasion de chaque embarquement. Sont ensuite pris en compte une douzaine de critères (âge, type de navire et de navigation, etc.⁴⁹⁰) qui permettent de déterminer une catégorie de salaire forfaitaire (dans une grille qui en compte vingt⁴⁹¹), puis de calculer non seulement les cotisations dues mais aussi les droits acquis par les affiliés.

Une grille de fonctions complexe et obsolète

Pour une même fonction, le classement du marin pourra relever de catégories différentes selon qu'elle est exercée dans le secteur de la pêche ou du commerce, sur le pont ou à la machine, en fonction des jauge, taille ou puissance du navire. Le marin peut occuper des fonctions différentes selon les embarquements, ce qui, ajouté aux autres facteurs, peut le faire changer de catégorie plusieurs fois dans l'année.

La grille de fonctions ne correspond plus à la réalité de l'exercice professionnel dans le secteur maritime. Certaines fonctions n'existent plus, mais figurent toujours dans la grille réglementaire figée depuis 1952. D'autres, apparues depuis, ne sont pas prévues. Les nouvelles exigences internationales de qualification pour le renouvellement des brevets maritimes⁴⁹² ne sont pas non plus prises en compte.

Au total, près de 40 % de l'effectif des marins affiliés à l'Énim relève de cinq principales fonctions⁴⁹³ ; 166 fonctions comptent moins de 200 marins actifs et 79 fonctions n'en comptent aucun.

⁴⁸⁹ Décret n° 52-540 du 7 mai 1952 modifiant le décret n° 48-1709 du 5 novembre 1948 relatif au salaire forfaitaire servant de base au calcul des cotisations des marins et des contributions des armateurs au profit des caisses de l'établissement national des invalides de la marine.

⁴⁹⁰ Ces critères sont aussi ancienneté, ses qualifications et brevets professionnels, les caractéristiques du navire et son type de navigation. Une même fonction pourra être classée dans des catégories différentes selon que le marin l'exerce dans le secteur de la pêche ou du commerce, sur le pont ou à la machine, selon la jauge, la taille ou la puissance du moteur du bateau.

⁴⁹¹ Le décret n° 52-540 classe les marins en vingt catégories d'après les fonctions qu'ils remplissent ; celles-ci ont été codifiées à l'article L.5533-5. Les salaires forfaitaires et les effectifs des différentes catégories sont consultables en annexe n°4. Les montants des salaires forfaitaires sont fixés chaque année par arrêté interministériel.

⁴⁹² *International Convention on Standards of Training, Certification and Watchkeeping for Seafarers* (STCW), adoptée le 7 juillet 1978 (STCW 78) dans le cadre de l'Organisation maritime internationale (OMI), sans qu'aucune conséquence n'en soit tirée sur la réglementation de l'Énim.

⁴⁹³ Matelot, patron, chef mécanicien, capitaine et patron mécanicien.

Ces constats illustrent l'obsolescence du tableau des fonctions des marins⁴⁹⁴ et des catégories qui en découlent, utilisées pour les seuls besoins du régime spécial : ainsi, 95 % des pensions servies par le régime en 2021 relèvent de cinq catégories seulement.

La Cour observe que ce système de déclaration de fonctions puis de classement en catégories nécessite de nombreuses données et complique de manière disproportionnée les tâches de gestion du régime⁴⁹⁵.

Une assiette forfaitaire dont la justification initiale a disparu

Le système de salaires forfaitaires trouve son origine historique dans la difficulté qu'il y avait à connaître les salaires réels dans le secteur de la pêche, où la rémunération dite « à la part »⁴⁹⁶ était autrefois essentielle.

Cette pratique de rémunération n'a jamais concerné les autres secteurs maritimes (commerce, plaisance et cultures marines), dont les effectifs sont majoritaires (61 % en 2021). Aucune donnée n'est disponible pour documenter son usage, ni pour déterminer avec précision la fraction de la rémunération qu'elle représente, le salaire fixe⁴⁹⁷ ayant depuis longtemps supplanté la rémunération aléatoire découlant de la vente de la marée. En tout état de cause, une assiette de droit commun fondée sur le salaire brut serait adaptée à des rémunérations comportant une part variable importante, comme en témoigne son utilisation par tous les autres secteurs d'activité.

La pratique de la rémunération à la part, minoritaire dans le secteur maritime, ne peut donc justifier le maintien d'une assiette sociale forfaitaire.

Les montants des salaires forfaitaires sont fixés chaque année par arrêté interministériel. Les chiffres disponibles montrent qu'ils sont très inférieurs aux rémunérations réelles dans le secteur maritime. Pour le secteur du commerce, les données de l'Acoss montrent des rémunérations réelles de l'ordre de 650 M€ en 2021, soit un montant 2,5 fois plus élevé

⁴⁹⁴ Cet inventaire comprend des boulangers, bouchers, peintres, dactylos ou musiciens embarqués.

⁴⁹⁵ La direction générale de la mer, de la pêche et de l'aquaculture (DGAMPA) a proposé en 2008 aux représentants du secteur de réduire le nombre de catégories de vingt à huit avec au total trente-six fonctions et deux critères (la jauge et la puissance du navire). Cette réforme, pourtant limitée, n'a pas abouti notamment du fait de réticences à voir le niveau des salaires forfaitaires augmenter pour certaines catégories.

⁴⁹⁶ Ce mode de rémunération consiste à partager le produit de la vente de la pêche déduction faite des frais communs nécessaires à l'exploitation du navire.

⁴⁹⁷ Les marins pêcheurs salariés bénéficient de deux garanties de rémunération : le smic annuel et une rémunération minimale en fonction du nombre de jours de mer.

que celui de l'assiette forfaitaire pour ce secteur (253 M€). Pour le secteur de la pêche, les rémunérations brutes demeurent à fiabiliser, mais sont également supérieures à l'assiette forfaitaire⁴⁹⁸.

Un barème de taux de cotisation d'une grande complexité

Contrairement aux autres régimes de sécurité sociale, le taux de cotisation au régime spécial des marins n'est pas uniforme. Il varie selon le secteur maritime, la jauge, la longueur et la puissance du navire, le type de navigation, le fait que le propriétaire du navire soit embarqué, ou encore selon le rattachement du salarié à un navire. Il existe onze taux de cotisation patronale de retraite et onze taux de cotisation patronale de prévoyance. Compte tenu des deux taux de cotisation de prévoyance et de l'unique taux de cotisation de retraite à la charge des salariés, il existe de multiples combinaisons de taux de cotisation à ce régime spécial⁴⁹⁹.

La détermination de ces multiples taux de cotisation patronale n'a pas été guidée par une logique d'assurance, de solidarité professionnelle ou d'équilibrage financier du régime spécial, mais par des considérations d'opportunité, en réponse le plus souvent à des revendications ou à des difficultés touchant certains secteurs maritimes.

Les taux de cotisation patronale dépendent ainsi des multiples caractéristiques du navire et du marin et de la fiabilité des informations censées fournir ces caractéristiques.

En outre, les différents secteurs maritimes bénéficient de vingt dispositifs différents de réduction ou d'exonération de cotisations patronales instaurés au fil du temps (dont dix concernent uniquement les départements d'outre-mer). Ces dispositifs sont devenus illisibles et peu contrôlables. Leur charge financière n'est ni chiffrée⁵⁰⁰, ni pilotable pour l'État. Leurs effets ne sont pas plus évalués.

⁴⁹⁸ L'assiette forfaitaire est connue puisqu'elle constitue l'assiette des cotisations au régime spécial. Les rémunérations réelles sont en revanche affectées par la qualité des déclarations effectuées en 2021. Elles seront mieux connues à l'issue de l'exercice 2022, grâce à la stabilisation des pratiques déclaratives découlant de l'introduction de la déclaration sociale nominative (DSN) dans l'ensemble du secteur maritime en 2021.

⁴⁹⁹ Le taux de cotisation patronale applicable dépend de vingt-sept paramètres différents.

⁵⁰⁰ La DGAMPA évoque un coût total de l'ordre de 90 M€ pour les salariés (dont 71 M€ pour l'exonération pour concurrence internationale) et de 3,9 M€ pour les non-salariés. Ces chiffres sont sujets à caution et ne sont pas présentés en appui du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

2 - Des avantages hors normes en matière de retraite

Le régime spécial des marins permet l'acquisition de droits à retraite qui peuvent être liquidés dès 50 ans, soit très précocement par rapport aux autres régimes de retraite français. Les seize types de pensions servies par ce régime sont soumises à des conditions diverses, mais sont toutes calculées à l'aide d'un taux identique sur la base des annuités validées dans le régime⁵⁰¹. Contrairement aux règles générales, il n'est pas appliqué de décote en cas de durée d'assurance insuffisante.

Si les paramètres détaillés du régime sont très complexes, les règles de calcul des différentes pensions servies par l'Énim sont en revanche relativement simples. Elles sont toutes calculées à partir d'un salaire forfaitaire de référence (SFR) et du nombre d'annuités validées dans le régime spécial (NA) multipliées par un taux uniforme⁵⁰². Une bonification pour enfants⁵⁰³ s'ajoute au montant ainsi déterminé.

Le montant de la retraite du marin est ainsi déterminé par les multiples classements catégoriels dont ses activités ont fait l'objet durant sa carrière. Le paiement à bon droit des prestations de retraite versées par le régime exige donc l'exactitude de ce classement tout au long de la carrière⁵⁰⁴. Aucune erreur ou optimisation ne doit affecter ce classement⁵⁰⁵, ni en fin de carrière pour améliorer le montant de la pension servie, ni en cours de carrière pour minorer les cotisations à payer, une fois validées cinq années dans une catégorie élevée, qui assurent une liquidation optimale de la pension.

Les dépenses de retraite du régime spécial des marins sont financées en quasi-totalité par le contribuable⁵⁰⁶. Les cotisations patronales et salariales ne financent que 10 % de ces dépenses, conséquence des dérogations accordées en termes d'assiette et de taux des cotisations, notamment. Le rendement technique effectif du régime⁵⁰⁷ peut avoisiner 30 %, ce qui signifie que le

⁵⁰¹ Parmi ces pensions, quatre sont des pensions de retraite *stricto sensu*, pour lesquelles l'âge de liquidation et le nombre d'années exigées sont différents.

⁵⁰² Selon la formule suivante : $SFR \times NA \times 2 \%$

⁵⁰³ La moitié des pensionnés bénéficie d'une majoration pour enfants. Celle-ci est de 5 % pour deux enfants, 10 % pour trois enfants, 15 % pour quatre enfants et plus. Cette dépense représente 42 M€ en 2021, la moyenne de bonification se situant à 10 %.

⁵⁰⁴ Les règles de liquidation de la pension offrent une option entre les trois dernières et les cinq meilleures années de la carrière en termes de catégorie.

⁵⁰⁵ Un changement important de catégorie peut résulter de l'obtention d'un nouveau brevet, ou d'un changement du type de navigation ou de taille du navire.

⁵⁰⁶ À hauteur de 799,4 M€ en 2021 *via* le programme 197 du budget de l'État, sachant que la compensation des exonérations de charge est prise en charge par le programme 205. Le total des subventions au titre de ces deux programmes est de 857 M€ en 2021.

⁵⁰⁷ Valeur instantanée de la prestation annuelle servie par le régime, obtenue par le versement d'un euro de cotisation.

bénéficiaire récupère la totalité des cotisations versées au cours de sa vie active après seulement trois années de versement de sa pension⁵⁰⁸.

La pension du régime peut être versée dès 50 ans. Sa liquidation est conditionnée par la seule durée d'assurance (à partir de 25 ans de service), alors même que la pénibilité des métiers maritimes est variable selon les secteurs, les fonctions et les types de navire ou de navigation⁵⁰⁹.

La durée de service d'une pension dite d'ancienneté⁵¹⁰ au régime des marins avoisine 29,5 ans en 2021⁵¹¹ du fait d'âges de départ précoce et d'un âge moyen au décès supérieur à celui des retraités du régime général (entre un et trois ans selon le type de pension).

Par ailleurs, la moitié des pensions servies par l'Énim sont des pensions dites « spéciales », liquidées pour une durée de cotisation médiane de 3,5 ans⁵¹², soit une durée d'affiliation courte de 3 mois à 15 ans. Avant 1987, une durée d'affiliation courte s'entendait comme une durée comprise entre cinq ans et quinze ans. En deçà, les pensions ne relevaient pas du « régime spécial » mais étaient dans leur majorité calculées selon les règles du régime général (pensions dites « coordonnées »). Cette solution permettait aussi d'éviter les coûts de gestion pour des affiliés ayant peu cotisé au régime. Aujourd'hui, l'octroi à des affiliés, dès lors qu'ils ont cotisé plus de trois mois, d'une pension calculée selon les règles du régime spécial, entraîne des dépenses disproportionnées.

Enfin, 26 % des dépenses de pension de l'Énim sont imputables aux droits dérivés versés au conjoint survivant après le décès du titulaire, contre 11 % en moyenne pour l'ensemble des régimes de retraite. Le coût important des pensions de réversion découle du fait que les assurés sont en immense majorité des hommes, dont l'espérance de vie est statistiquement inférieure à celle des femmes. Il résulte aussi de l'absence de conditions d'âge ou de ressources pour le bénéfice de ces pensions, contrairement aux autres régimes de retraite.

⁵⁰⁸ À titre de comparaison, le rendement technique effectif de l'Agirc-Arrco est de 4,35 % sur la tranche de revenu en dessous du plafond annuel de la sécurité sociale (Pass), soit une récupération des cotisations versées après 23 ans de période de retraite.

⁵⁰⁹ La Cour constate que peu d'éléments statistiques objectivent la pénibilité du travail dans le domaine maritime, ce qui constitue un frein sérieux à sa prise en compte. Des travaux devraient être menés sur ce point, ainsi que sur l'espérance de vie en bonne santé de la population ayant eu la carrière maritime la plus longue.

⁵¹⁰ Les pensions d'ancienneté sont celles versées aux bénéficiaires dont la carrière est la plus longue, soit entre 25 ans et 37,5 annuités validées dans le régime spécial (environ 9 % des pensionnés en bénéficient).

⁵¹¹ Contre 19,9 ans pour les hommes au régime général en 2020 (Source : Cnav).

⁵¹² Cette durée de cotisation permet d'obtenir une pension annuelle brute de 1 604 € (catégorie de salaire forfaitaire n° 5).

3 - Un régime maladie aux archaïsmes défavorables aux assurés

Alors que les prestations en nature servies par la branche maladie du régime spécial sont les mêmes que celles versées aux salariés du régime général, les prestations en espèces servies par l'Énim reposent, comme pour la retraite, sur le salaire forfaitaire, sensiblement inférieur au salaire réel (cf. *supra*). L'indemnité journalière (IJ) servie par le régime spécial des marins, égale à 50 % du salaire catégoriel, est en conséquence souvent inférieure à celle servie par le régime général⁵¹³.

Le régime maladie-maternité de l'Énim assure le versement de 364 M€ au titre de la maladie-maternité et 56 M€ au titre des accidents du travail et maladies professionnelles.

Intégré financièrement au régime général, le régime bénéficie d'une contribution d'équilibre versée par la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) depuis la loi de finances pour 2006. Celle-ci s'est élevée à 365,5 M€ en 2021 (soit 86 % des dépenses). Cette situation est contestable dans la mesure où les niveaux de cotisations au régime maladie des marins sont très inférieurs à ceux du régime général, alors même que les droits sont identiques pour les prestations en nature, qui constituent la plus grande part de ses dépenses.

Pour ce qui concerne les prestations en espèces (indemnités journalières), les règles complexes du régime spécial sont globalement défavorables à ses assurés en matière de montant perçu et de délai de premier versement (jusqu'à 20 jours de plus qu'au régime général). Par ailleurs, les effectifs mobilisés pour la gestion des prestations sont plus de quatre fois supérieurs à ceux du régime général (65 équivalents temps plein à l'Énim contre 15 nécessaires dans une caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) pour verser ces prestations à un même nombre de bénéficiaires selon les règles du régime général).

⁵¹³ Toutefois, un « complément de ressources » est versé par l'Énim en sus de l'indemnité journalière aux marins dont le contrat de travail prévoit le versement par l'employeur de l'indemnité de nourriture mentionnée à l'article L. 5542-24 du code des transports.

Enfin, en dépit d'une fréquence d'accidents élevée⁵¹⁴, le secteur maritime n'est pas couvert par un régime de réparation professionnelle responsabilisant les employeurs et distinct du régime maladie. L'indemnisation des arrêts de travail ne fait l'objet d'aucune majoration en fonction de leur durée, contrairement aux règles du régime général⁵¹⁵. De surcroît, la rente versée par le régime spécial aux victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est versée jusqu'au départ en retraite du bénéficiaire, et non jusqu'à son décès, contrairement à celle versée par la branche AT-MP du régime général.

Une affiliation des marins et de leurs ayant-droits au régime général pour les prestations en nature dans un premier temps, puis pour les prestations en espèces, maladie et AT-MP, résoudrait ces difficultés.

B - Une gestion des paramètres du régime défaillante

1 - La disparition du contrôle *a priori* des lignes de service contenant les informations indispensables au régime spécial

Les informations complexes et mutuellement liées permettant d'établir le classement catégoriel des marins, et donc de calculer les cotisations et les prestations du régime spécial des marins, sont notamment contenues dans les données des « lignes de service ».

Les lignes de service, élément central de la gestion du régime

La ligne de service est un ensemble de données, caractérisant l'activité de chaque affilié pour chacune de ses périodes de navigation. Elle comprend :

- l'identification du marin ;
- son lieu de travail effectif (navire d'embarquement) ;
- les dates de début et de fin de la navigation ;
- la fonction occupée ;
- le genre de navigation ;
- la position du marin : embarqué, à terre, en congés, etc.
- la quotité travaillée.

⁵¹⁴ Le taux d'accident du travail dans le secteur maritime est de l'ordre de 4,65 % (2021). Le taux d'accident du travail du secteur de la pêche rapporté à ses effectifs (6 %) est plus élevé que la moyenne du secteur maritime. Il concentre 50 % des accidents du travail pour environ 39 % de l'effectif. L'accident du travail y est le motif le plus important d'arrêt de travail (28,5 %) (Source : Énim)

⁵¹⁵ Dans le régime général, elle est majorée à compter du trentième jour lorsqu'il s'agit d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle (AT-MP).

Depuis 1953 et jusqu'en 2017, les rôles d'équipage contenant ces lignes de services devaient être déposés à la délégation maritime du littoral (DML)⁵¹⁶ compétente. Cette formalité était nécessaire au départ du navire. Ces rôles d'équipage étaient généralement déposés sous forme manuscrite, les lignes de service étant ensuite saisies informatiquement par les services des affaires maritimes. Ceux-ci vérifiaient que l'armement du navire était conforme aux exigences de la sécurité⁵¹⁷.

Les affaires maritimes transmettaient ensuite ces données à l'Énim, lequel classait les marins dans les catégories du régime au regard de leur fonction à bord, du type de navire, etc.⁵¹⁸, corrigeait les éventuelles erreurs de saisie, calculait le montant des cotisations à payer et le transmettait à l'armateur, puis inscrivait les périodes et catégories au compte de l'affilié. Il s'agissait donc d'un dispositif de contrôle *a priori* qui garantissait la conformité des déclarations.

Ce système, bien qu'ancien⁵¹⁹, était donc cohérent et reposait sur différents points de contrôle. Sa logique a subitement disparu en raison de la réforme du « *permis d'armement* » introduite par la loi n° 2016-816 du 20 juin 2016 pour l'économie bleue. En effet, le régime d'autorisation de la navigation comportait jusqu'alors trois titres de navigation : rôle d'équipage, permis de circulation, et carte de circulation⁵²⁰. Le rôle d'équipage a été supprimé. Or c'est ce document qui comportait les lignes de service des marins.

⁵¹⁶ Les DML étaient dénommés « quartier des affaires maritimes » avant 2010.

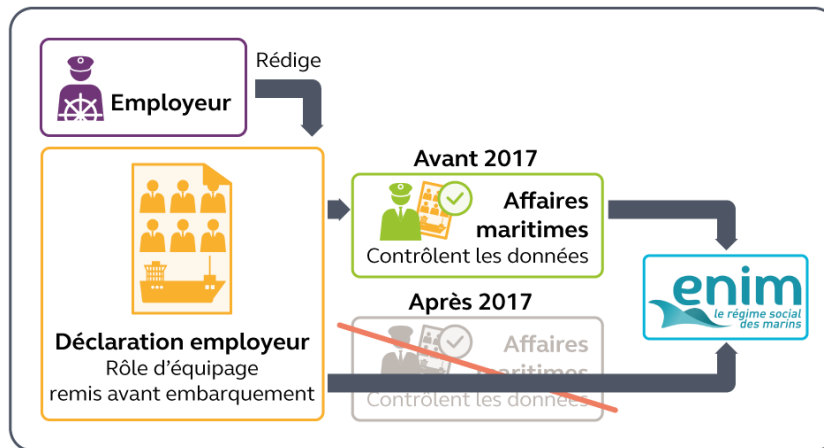
⁵¹⁷ La réglementation nationale ou internationale relative à la sécurité de la navigation prévoit l'effectif et les qualifications requises pour un navire et un type d'activité et de navigation données.

⁵¹⁸ Le classement catégoriel du marin était réalisé en trois étapes par les services de l'Énim à partir de sa ligne de service. En premier lieu, la vérification des fonctions autorisées sur le navire en fonction de son type de navigation, de sa taille ou de sa puissance. Ensuite, la vérification de la fonction occupée. Enfin, le classement proprement dit en fonction du brevet possédé et de l'ancienneté du marin. Il existe une douzaine d'éléments qui influent sur le classement catégoriel pour une même fonction déclarée.

⁵¹⁹ Certaines définitions tenant à la qualification du navire, par exemple le nombre de tonneaux, ne sont plus en usage dans la réglementation maritime internationale depuis 1969. Elles ont été remplacées à cette date par le système des UMS (*universal measurement system*) avec lequel la conversion n'est pas aisée car ce système ne mesure pas le volume mais de multiples caractéristiques du navire. D'autre part, la réglementation de l'Énim sur les brevets est restée figée dans les années 1990 alors que le droit des brevets a évolué en fonction du droit international, ce qui a conduit à une dichotomie croissante entre le classement catégoriel et les brevets attestés.

⁵²⁰ Ce régime était inchangé depuis 1942.

Schéma n° 8 : suppression du contrôle des rôles d'équipage



Source : Cour des comptes

De mai 2017 au 1^{er} janvier 2021⁵²¹, les services des affaires maritimes ont continué d'assurer la saisie informatique des lignes de service déposées par les armateurs pour les besoins du régime spécial, mais sans contrôler ces déclarations - cette tâche n'étant plus une nécessité juridique.

En raison de la stabilité de l'assiette de cotisations induite par le système des salaires forfaitaires et de la sécurité apportée par le contrôle *a priori* réalisé par les affaires maritimes, l'Énim n'avait pas été amené, jusqu'alors, à pratiquer des contrôles sur ces données, pourtant situées au cœur de son dispositif de cotisations et de prestations, ni même à mettre en place un régime de sanctions efficient en cas de fraude. L'établissement s'est ainsi retrouvé largement démuné à compter de 2017.

2 - La défaillance de l'Énim et de ses tutelles à tirer toutes les conséquences de cette évolution

Les conséquences de la fin du contrôle *a priori* des rôles d'équipage n'ont pas été tirées. L'Énim a continué à concentrer ses contrôles sur la régularité juridique des opérations de dépenses, alors même que la fiabilité des données sur lesquelles repose le calcul des cotisations et des droits à prestations était désormais incertaine.

⁵²¹ L'article 17 du décret n° 2017-942 du 10 mai 2017 relatif au permis d'armement dispose que la collecte des données d'activité par les services des affaires maritimes cesse avec la mise en œuvre de la DSN.

L'absence quasi-totale de contrôle des recettes

En 2019, le plan de contrôle interne de l'Énim était constitué de 73 programmes de contrôle, dont 47 % pour la branche maladie, 23 % pour la branche vieillesse, 12 % pour la taxation et le recouvrement, 17 % pour les fonctions supports et enfin 1 % pour l'action sanitaire et sociale. Pour la branche maladie, les contrôles consistaient en une duplication de ceux opérés dans le régime général. Sur la branche retraite, les contrôles, concentrés sur une fraction marginale de la dépense, concernaient essentiellement la recherche d'anomalies. Les contrôles réalisés en 2019 ont détecté 1,1 M€ d'indus, essentiellement sur la branche maladie (780 000 €, sur 450 M€ de dépenses, soit 0,17 %), et 120 000 € de rappels⁵²².

À l'inverse, aucun des contrôles prévus en ce qui concerne les recettes (exhaustivité des déclarations, continuité dans les déclarations de services, exonérations, variations fonctions/catégories, erreurs de classement catégoriel, affiliation des marins) n'a été mis en œuvre, alors qu'il s'agissait du principal facteur de risque pour le régime.

L'exactitude des déclarations et donc des cotisations appelées ne figure pas dans les plans de contrôle interne de l'Énim. Comme l'Énim bénéficie en pratique d'une garantie de financement et que ses déséquilibres financiers sont automatiquement comblés par le budget de l'État ou par les cotisants du régime général, l'incitation à de tels contrôles est nécessairement limitée. L'Énim n'avait ainsi pas considéré comme un impératif le fait de contrôler ses ressources de cotisations et n'avait pas cherché à adapter ses processus à des risques nouveaux liés à la disparition des rôles d'équipage et à la réforme du recouvrement.

L'Énim s'est engagé récemment dans une démarche d'identification de ses risques majeurs de gestion. Son conseil d'administration a adopté en décembre 2021 une cartographie des risques destinée à servir de socle aux plans de contrôle des années 2022 et suivantes. Cependant, ce document identifiait le contrôle des lignes de service comme un « risque faible », alors qu'il s'agit à l'évidence d'un risque majeur : il concerne en effet la fiabilité et la capacité à vérifier l'exactitude des informations spécifiques requises par le système et à limiter tout risque de fraude⁵²³.

⁵²² Des montants comparables sont observés pour 2018 et pour 2020.

⁵²³ La cotation de ce risque a été mise à jour pour 2023. Il est désormais considéré comme « un risque fort » ayant un impact sur la liquidation des retraites pour un montant significatif. Cet ajustement est le résultat des échanges intervenus entre la Cour et l'Énim à l'occasion du contrôle des comptes et de la gestion, réalisé en 2022.

Les faibles résultats de la lutte contre la fraude

Au cours de l'année 2019⁵²⁴, la commission des fraudes de l'Énim a examiné seulement 34 dossiers litigieux. 24 ont été qualifiés de frauduleux, de fautifs ou d'abusifs (13 en maladie, 8 en retraite et 3 en cotisations). Le montant des fraudes constatées en 2019 n'est que de 278 000 € soit 0,02 % des dépenses (1,5 Md€) et un montant de cotisations recouvrées d'environ 150 M€. Pour la même année 2019, sur un champ de compétence très limité dans le secteur maritime⁵²⁵, l'union de recouvrement des cotisations de la Sécurité sociale (Urssaf) avait effectué 100 contrôles avec redressement pour un montant de 1 M€.

Les suites données à ces fraudes sont en outre peu dissuasives. En 2019, la commission a décidé de notifier dix avertissements ou rappels à la loi et de déposer sept plaintes. Parmi celles-ci, seuls trois dossiers de fraude concernant les cotisations ont été transmis au Procureur de la République, alors que la complexité extrême du système du classement catégoriel des marins conjuguée à la fin du contrôle *a priori* des fonctions occupées et des lignes de service le rendent très manipulable.

Ces défaillances du contrôle interne, de la gestion des risques et de la lutte contre la fraude ont été soulignées dès 2006 par la Cour. Elles ont été signalées à l'Énim et à ses tutelles par toutes les inspections ayant effectué une mission sur l'établissement depuis 2010. Les conventions d'objectifs et de gestion (COG) de l'Énim ont indiqué à plusieurs reprises que les progrès dans ce domaine devaient être une priorité. Les constats quant aux faiblesses du contrôle interne et de la lutte contre la fraude sont récurrents et ces faiblesses n'ont pas été corrigées.

⁵²⁴ Aucune action de lutte contre la fraude n'a été menée en 2020.

⁵²⁵ Suite à la suppression de la caisse maritime des allocations familiales (Cmaf) par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016, le recouvrement maritime a été confié à l'Urssaf Poitou-Charentes (URPC) depuis le 1^{er} janvier 2016 pour les cotisations d'allocations familiales et les contributions (CSG-CRDS, fonds national d'aide au logement - Fnal, versement transport, formation professionnelle...).

II - Une adaptation du régime de sécurité sociale des marins devenue inéluctable

A - Un contrôle des déclarations impossible depuis 2021

1 - Un passage à la DSN préparé dès 2017, mais sur lequel les difficultés se sont accumulées

La déclaration des paies par les employeurs *via* la déclaration sociale nominative (DSN) est devenue obligatoire pour l'ensemble des entreprises en janvier 2017. Cette évolution était un préalable à la mise en œuvre du prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu, à compter de 2019. Elle est par ailleurs indispensable à l'automatisation du calcul et du versement de certaines prestations sociales, notamment l'allocation logement depuis janvier 2021.

Le secteur maritime a fait partie des secteurs pour lesquels la mise en œuvre de cette réforme a été décalée dans le temps. La deuxième COG de l'Énim (2016-2020⁵²⁶) avait prévu le passage à la DSN pour la déclaration des salaires versés à ses affiliés actifs. Cependant cette mise en œuvre a été décidée sans changement de la réglementation applicable au régime, alors même que cette réglementation est incompatible avec les contraintes techniques de la nouvelle déclaration informatisée. Des adaptations de la DSN aux spécificités du régime social des marins ont par conséquent été nécessaires.

L'examen de ce processus montre qu'en dépit d'une anticipation et d'une préparation importante, le secteur maritime demeurerait, début 2021, dans une situation anormale, du fait des paramètres atypiques de son régime spécial et de la complexité des adaptations rendues nécessaires.

L'adaptation de la DSN aux spécificités du régime géré par l'Énim

Les travaux d'expression des besoins ont été effectués par l'Énim et le ministère chargé de la mer. Pour l'essentiel, il s'agissait de pouvoir faire saisir dans la DSN, par les gestionnaires de la paie du secteur maritime les informations spécifiques nécessaires au régime social des marins⁵²⁷ jusqu'alors contenues dans le rôle d'équipage.

⁵²⁶ Cette COG a été prolongée sur l'année 2021.

⁵²⁷ Au sein du bloc 40 qui contient les informations relatives au contrat de travail.

La version dite « pilote » de la DSN maritime a été déployé le 25 septembre 2019, pour une entrée en vigueur initialement prévue au 1^{er} janvier 2020, soit trois ans après la plupart des entreprises françaises.

Afin de tenir compte des difficultés exprimées, la DSS a consenti à ne rendre obligatoire cette réforme des formalités déclaratives qu'au 1^{er} janvier 2021. Les anciennes modalités déclaratives ont été maintenues pendant une année supplémentaire, les armateurs pouvant toutefois commencer à déclarer en DSN dès 2020.

Le recours par les employeurs de marins à des tiers déclarant chargés de la paie étant fréquent⁵²⁸, notamment sur la façade atlantique, un référencement a été mis en place en 2020 pour permettre d'indiquer aux employeurs maritimes les tiers déclarants équipés d'un logiciel adapté qui s'engageant à respecter un plafond tarifaire. Une aide financière dégressive sur trois ans a été prévue pour les cotisants faisant appel à l'un des tiers déclarants référencés. Les consignes ont été largement diffusées à l'automne 2020. Une solution dégradée permettant de transmettre les DSN sans ligne de service jusqu'au 1^{er} juillet 2021 avait aussi été prévue.

Les employeurs des secteurs de la pêche et des cultures marines n'avaient aucune expérience de la déclaration des salaires, étant donné que les sommes à payer leur étaient précédemment signifiées par l'Énim sur la base du classement catégoriel des marins résultant du traitement des lignes de service⁵²⁹.

L'introduction de la DSN dans le secteur maritime s'est donc effectuée de manière dégradée, avec un taux élevé de non-déclarants. Au 31 janvier 2021, seuls 40 % des employeurs avaient transmis une DSN, essentiellement dans le secteur du commerce qui était déjà familiarisé avec ces procédures. Des actions de relance ont été effectuées envers les non-déclarants dès le début de l'année 2021. Malgré cela, la plupart des employeurs n'a transmis aucune DSN pendant toute la première partie de l'année 2021, et la minorité qui l'a fait a transmis une DSN sans donnée associée, afin de s'assurer d'être en conformité minimale avec les obligations déclaratives et de ne pas s'exposer à une taxation d'office.

⁵²⁸ Par exemple un expert-comptable, ou un prestataire de service de paie.

⁵²⁹ Les employeurs des secteurs du commerce et de la plaisance possédaient déjà une expérience déclarative car leurs cotisations famille et CSG sont recouvrées depuis 2016 par l'Urssaf-Poitou-Charente sur une assiette de droit commun.

Une saisie des déclarations trop complexe

Les gestionnaires de paie, qui sont le plus souvent des experts comptables et non les employeurs, n'avaient qu'une connaissance imparfaite des informations nécessaires à l'Énim pour le classement catégoriel, dès lors que celles-ci n'ont aucun rapport avec la paie. *A posteriori*, cette mission apparaît d'ailleurs hors de leur portée, au regard de la complexité des règles du régime.

En outre, le travail de saisie de ces informations dans la DSN est lourd et spécifique et s'ajoute au travail à réaliser pour une paie de droit commun. Il faut ainsi saisir le numéro de marin, sa fonction (un code Énim à cinq caractères), le Siret de l'employeur (qui désigne le navire concerné), le numéro du navire (qui permet de qualifier la puissance de sa propulsion, sa longueur, son tonnage, etc.). La ligne de service (qui recense des informations distinctes de celles issues du contrat de travail) est quant à elle reconstituée à partir des autres données entrées dans la DSN.

Étant donné leur spécificité, ces informations doivent être saisies manuellement sur des champs de données libres non codifiées, ce qui engendre inévitablement des erreurs. Aucun contrôle de cohérence n'existe entre les différents champs, les données étant si diverses qu'une automatisation du contrôle de leur saisie a paru impossible. Or, ces données potentiellement erronées ou non-saisies interagissent avec les informations contenues dans les autres blocs de la DSN⁵³⁰, multipliant les sources d'erreurs. Au-delà même des informations sur la fonction du marin et de la saisie de sa ligne de service de date à date, le calcul des cotisations patronales du régime spécial, pour ne citer que cet exemple, est tellement complexe avec 11 taux variant selon les caractéristiques du marin⁵³¹, le type de navire⁵³² et son type de navigation⁵³³, que l'absence d'une seule donnée en empêche le calcul.

Des relances téléphoniques ont été effectuées auprès des cotisants et de leurs tiers déclarants à partir du mois de juillet 2021. Ces actions ont permis d'atteindre un taux plus satisfaisant de déclaration DSN (hors départements d'outre-mer, pour lesquels la situation demeure problématique).

Elles n'ont toutefois pas suffi à assurer la qualité des données transmises au fur et à mesure de cette montée en puissance. Les lignes de services déclarées depuis juillet 2021 font apparaître de fréquents chevauchements de date, ce qui signifie qu'elles sont inexactes⁵³⁴. De nombreuses erreurs sont également constatées par l'Énim sur les fonctions déclarées, mais aussi sur les Siret, les numéros de navire ou encore les numéros de marin.

⁵³⁰ Le bloc 30 contient les informations sur l'individu, le bloc 40 les informations sur son contrat de travail, le bloc 50 le salaire en base fiscale, le bloc 51 le salaire brut au sens social, le bloc 51 les autres rémunérations, le bloc 78 les différentes assiettes d'assujettissement à cotisation et le bloc 81 les différents taux et types de cotisations.

⁵³¹ Ancienneté, brevets, propriétaire embarqué ou non, à terre rattaché à un navire ou non, etc.

⁵³² Puissance du moteur, longueur, nombre de tonneaux, etc.

⁵³³ Pêche, commerce, outre-mer ou métropole, exposition au commerce international, etc.

⁵³⁴ Le service étant de date à date, il est impossible que le même jour figure dans deux lignes de service.

Des actions de relance ont été effectuées aussi auprès des non-salariés afin de les inciter à s'inscrire sur le site internet *marins.urssaf.fr* puis, à partir de janvier 2022, à valider leur déclaration d'activité de l'année 2021 en une seule fois, de sorte que pour cet exercice et pour les non-salariés, les lignes de service ne sont ni fiables ni précises. Elles ne le sont pas plus en 2022 : faute d'une information adéquate des cotisants, les déclarations ont généralement été effectuées en bloc par trimestre civil et non selon la règlementation de l'Énim, qui peut nécessiter des changements de catégorie infra-trimestriels. Une large partie des informations sur les lignes de service est donc irrémédiablement perdue. Le reste est affecté d'un niveau d'erreurs tel que l'ensemble des dossiers devra être repris manuellement au fil des besoins de liquidation, avec des coûts administratifs élevés et une qualité dégradée.

L'ensemble de ces éléments aboutit à une situation très préoccupante en matière de paiement à bon droit des prestations du régime.

2 - Un contrôle devenu impossible en pratique

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020 (art. 18) a introduit un autre changement majeur pour l'Énim, en transférant, à compter du 1^{er} janvier 2020, la responsabilité du recouvrement de ses cotisations aux Urssaf. Ce transfert du recouvrement a exigé de refondre les processus complexes existant entre les affaires maritimes, l'Énim et l'Urssaf Poitou-Charentes⁵³⁵ avant janvier 2021.

Ces deux changements, concomitants (DSN et recouvrement des cotisations) ont abouti à une situation peu satisfaisante, à la fois pour l'Énim et pour l'Urssaf de Poitou-Charentes, dont la mission est de recouvrer les cotisations attendues du secteur, n'utilise et ne connaît que les données agrégées des DSN. À l'inverse, l'Énim n'a accès, dans les flux DSN, qu'aux seules informations nominatives de ses affiliés, nécessaires pour enregistrer leurs droits.

L'accès de chacun des deux organismes aux informations de la DSN est donc cloisonné et limité aux besoins de chacun. Ainsi, l'Énim n'a plus aucun moyen de connaître les cotisations appelées pour un navire, une entreprise ou un secteur. Par ailleurs, il ne connaît que les données des périodes déclarées pour les marins et non les périodes pour lesquelles les cotisations ont été réglées (or, les droits ne sont octroyés que si les cotisations sont payées), ce qui crée des incertitudes sur le paiement à bon droit des prestations, qui s'ajoutent aux difficultés constatées sur le volet des cotisations (cf. *supra*).

⁵³⁵ L'Urssaf Poitou-Charentes est chargé depuis 2016 du recouvrement des cotisations pour l'ensemble du secteur maritime, dans une logique de guichet unique.

Inversement, l'Urssaf est dans l'incapacité de contrôler l'assiette des cotisations à l'échelle d'un affilié ou d'un employeur. Jusqu'à récemment, elle n'avait en effet pas accès à ces informations, qui se situent dans des blocs de données de la DSN distincts de ceux qu'elle exploite⁵³⁶. Au demeurant, quand bien même l'Urssaf y a désormais accès, elle n'est pas en mesure de les utiliser en appui d'éventuels contrôles, du fait de leur grande complexité⁵³⁷. En conséquence, l'Urssaf n'a réalisé aucun contrôle dans le secteur maritime depuis janvier 2021⁵³⁸. Elle n'a d'ailleurs engagé aucun profilage des fraudes, ni défini de plan national de contrôle, deux ans après que le recouvrement de ces cotisations lui a été confié.

Concrètement, la situation qui prévaut depuis 2017 dans le secteur maritime est qu'aucun acteur ne contrôle les fonctions déclarées par les employeurs et les non-salariés, donc les assiettes de cotisation, ni la réalité des lignes de service, ni la correcte application des multiples taux de cotisations patronales. En outre, du fait de l'étanchéité des flux de données découlant de la mise en œuvre de la DSN en 2021, aucun acteur n'est plus en mesure de réaliser ces contrôles.

Cette situation opérationnelle est d'autant plus problématique qu'en droit, ni l'Énim, ni l'Urssaf ne sont responsables du contrôle des assiettes. Ils ne sont pas non plus clairement habilités à sanctionner les éventuels abus et fraudes.

Des responsabilités de contrôle des déclarations à clarifier

L'article L. 5553-5 du code des transports indique : « Les cotisations des marins et les contributions des armateurs sont assises sur des salaires forfaitaires correspondant aux catégories dans lesquelles sont classés les marins compte tenu des fonctions qu'ils occupent et qui sont fixées par décret ». Cet article implique que la déclaration doit être conforme à la réalité de l'activité et à la réglementation, mais cette obligation s'adresse au déclarant, et ne désigne pas l'organisme qui doit assumer la responsabilité d'un contrôle. Dans les textes, l'Énim n'a aucune responsabilité en la matière et ne dispose d'ailleurs pas de moyen coercitif, à la différence de l'Urssaf, dont les missions et la capacité de sanction sont fixées dans le code de la sécurité sociale, ou de l'administration chargée de la mer, dont les compétences découlent du code des transports.

⁵³⁶ L'Urssaf Poitou-Charentes n'a accès aux informations à échelle individuelle de la DSN maritime que depuis septembre 2022, mais n'est pas en mesure de l'exploiter en production, faute d'outils informatiques dédiés.

⁵³⁷ Cette tâche suppose la vérification de 27 points différents (caractéristiques du marin, de l'employeur et du navire, fonctions occupées, type de navigation), et la compréhension fine, dès lors que celle-ci découle de la fonction du marin, de ses lignes de service et des multiples informations concernant le navire et le type de navigation, ainsi que des complexes mécanismes de classement catégoriel.

⁵³⁸ L'exercice 2021 peut toutefois faire l'objet de contrôles jusqu'en 2024, la prescription étant triennale en matière de cotisations sociales.

En droit, l'Énim n'a jamais eu la mission ou la capacité juridique de contrôler les déclarations des armateurs, ce rôle incombant jusqu'en 2017 aux délégations des affaires maritimes. Ce n'est qu'en contractualisant avec l'Urssaf que le contrôle d'assiette pourrait être délégué à l'Énim. Toutefois, dans une telle hypothèse, le contrôle ne pourrait pas concerner les taux de cotisation patronale ni les dispositions d'exonération ou de réduction de charges patronales, car l'Énim ne dispose pas des données permettant ce contrôle, qui relèvent de surcroît de la compétence de l'Urssaf.

Cette option juridique n'apporterait donc pas de solution aux difficultés exposées supra en matière de recouvrement. Elle ne réglerait pas non plus le problème de fond, à savoir l'impossibilité matérielle d'opérer ces contrôles.

Dans cette situation confuse, un paradoxe supplémentaire consiste en ce que l'agent comptable de l'Énim demeure juridiquement responsable du recouvrement des cotisations alors même que le recouvrement a été transféré à l'Urssaf, depuis la mise en œuvre de la DSN maritime.

Dans son rapport de certification des comptes de l'exercice 2021 du régime général de sécurité sociale, la Cour a constaté que, du fait d'anomalies significatives, elle n'était pas en mesure de certifier les comptes de l'activité de recouvrement. La Cour a en outre relevé des insuffisances de contrôle interne au regard des cotisations et contributions sociales des employeurs de marins et de marins non-salariés et des créances associées. L'ensemble de ces éléments a conduit le commissaire aux comptes de l'établissement à estimer ne pas être en mesure de vérifier l'absence d'anomalies significatives dans les comptes 2021 de l'Énim.

B - Les voies d'adaptation de la sécurité sociale des marins

1 - Une obsolescence sans remède

En théorie, des adaptations informatiques (recoupements et contrôles *a posteriori*) dans les systèmes de l'Énim et de l'Acoss pourraient atténuer certaines des difficultés constatées. Cependant, les mesures nécessaires exigeraient de lourds investissements informatiques, dans le cadre d'un chantier complexe qui ne pourrait aboutir avant plusieurs années. Une augmentation considérable des effectifs de l'Énim et de l'Urssaf dédiés au contrôle serait aussi nécessaire, alors que l'objectif du transfert du recouvrement à cette dernière était notamment d'en réduire les charges de gestion. Cette voie apparaît donc à la fois coûteuse et incertaine, alors même que le coût de la liquidation d'une pension de retraite par l'Énim avoisine déjà 900 €, soit le niveau le plus élevé de tous les régimes de sécurité sociale français⁵³⁹.

⁵³⁹ Cf. Projet annuel de performance du programme 197, 2021.

Des pistes complexes et peu crédibles de contrôle des déclarations

Une détection des chevauchements des lignes de service pourrait être envisagée au niveau des logiciels de l'Énim. Ce contrôle pourrait être effectué à échéance périodique par les agents de l'Énim. Il serait de même envisageable d'effectuer, lors de l'intégration des flux DSN, un contrôle des numéros de navire, par rapport au référentiel des navires tenu à jour par les affaires maritimes. En cas d'anomalie, une alerte serait envoyée au déclarant et signalée sur la ligne de service. La vérification du navire permettrait aussi d'identifier les embarquements sur les navires battant pavillon étranger, ce qui n'est plus possible actuellement.

Un contrôle des genres de navigation déclarés pourrait être aussi prévu à partir des informations détenues par les affaires maritimes sur les permis d'armement.

Toutefois, la mise en place de ces contrôles *a posteriori* nécessiterait de lourds développements informatiques, alors même que le développement des solutions actuelles a déjà nécessité près de quatre ans de travaux. Outre le coût et les aléas, toutes ces adaptations exigeraient une convention et une entente opérationnelle forte entre l'Urssaf, les affaires maritimes et l'Énim.

En tout état de cause, ces palliatifs ne résoudraient pas le problème fondamental de la désuétude des paramètres de l'Énim, fondés sur les lignes de service.

Des lignes de service sans utilité au regard des obligations internationales de la France

Les services du ministère de la mer continuent d'assumer deux obligations découlant du droit international (convention STWC et directive 2008/106) : d'une part, la re-certification périodique des brevets de navigation, et d'autre part le contrôle – désormais *a posteriori* – du respect par les armateurs de leurs obligations en matière d'armement des navires.

Les « *lignes de service* » au sens de leur définition administrative française n'existent pas dans les textes internationaux. Les États peuvent choisir librement les modalités de la mesure du temps opérationnel passé dans l'exercice de fonctions maritimes.

D'autres systèmes de recueil des informations nécessaires existent à l'étranger, et n'impliquent nullement que ce recueil soit organisé à partir de la paie du personnel, ni que les paramètres de la sécurité sociale des marins en dépendent. Le maintien de la déclaration des lignes de services en DSN pour les seuls besoins des services du ministère de la mer ne se justifie donc pas.

Sans enjeu pour les entreprises déclarantes, la qualité des données qu'elles déclarent n'est pas garantie par des contrôles, alors même qu'elles ont un impact financier sur les cotisations versées et les droits acquis. Il est en conséquence inutile d'imposer au secteur maritime des obligations déclaratives dont les éléments ne servent pas aux entreprises concernées pour leur gestion, et qui sont en outre particulièrement complexes, rendant incertain le paiement à bon droit des prestations sociales qui en dépendent.

2 - Les évolutions nécessaires de la sécurité sociale des marins

Au regard des constats exposés *supra*, la refonte des paramètres du régime apparaît inévitable, dès lors que leurs fondements historiques - à savoir les lignes de service - ne sont plus vérifiables. L'assiette des cotisations et l'acquisition des droits sociaux des marins devraient découler du contrat de travail et du revenu brut.

Cette modernisation indispensable permettrait aussi de régler les nombreux problèmes que soulèvent les règles actuelles et les évolutions structurelles auxquelles est soumis le régime, en termes de soutenabilité pour le budget de l'État et d'équité à l'égard des cotisants aux autres régimes.

L'analyse des données montre que le nombre de personnes d'une génération ayant été affiliées à l'Énim (actifs, dormants et pensionnés) connaît une diminution constante depuis 40 ans. Il est passé de 3 600 pour les affiliés nés en 1960 à moins de 500 pour les générations les plus récentes. En 2021, on dénombre moins de 1 000 personnes par année de naissance dans les comptes actifs de l'Énim. En outre, on observe une diminution marquée de la durée moyenne d'affiliation. Elle est passée de 12,5 ans pour la génération 1960 à 6,5 ans pour la génération 1982⁵⁴⁰.

Depuis longtemps, le régime des marins n'est plus un régime dans lequel la plupart des affiliés accomplit la totalité de sa carrière. La majorité des comptes de personnes d'âge actif sont des comptes « dormants », c'est-à-dire des comptes d'assurés qui n'ont plus d'activité dans le secteur maritime (jusqu'à 60 % selon l'année de naissance).

⁵⁴⁰ Personnes ayant actuellement 40 ans et qui ont donc largement dépassé les durées médiane et moyenne d'affiliation à l'Énim, dès lors la première affiliation à l'Énim intervient en moyenne à 22 ans.

Un régime de passage

L'affiliation à l'Énim intervient généralement en tout début de vie professionnelle⁵⁴¹. Plus du tiers des liquidants en 2021 a été affilié au régime pendant moins de cinq ans, et la moitié l'a été moins de dix ans. La part des affiliés liquidant leur pension avec 37,5 années de périodes validées à l'Énim⁵⁴² n'est que de 9 %.

Environ 40 % des affiliés de l'Énim ont occupé un autre emploi en même temps que leur activité de marin au cours de leur carrière. Le secteur maritime est en effet caractérisé par des repos et des congés importants, au point que ceux-ci permettent matériellement d'occuper un autre emploi.

La durée de carrière passée en poly-activité⁵⁴³ avoisine ainsi 25 % de la durée d'affiliation à l'Énim pour les générations 1945-1974, et jusqu'à 37 % pour les générations récentes⁵⁴⁴.

Ces éléments mettent en évidence que l'Énim est un régime de passage dans une carrière professionnelle, auquel les assurés sont affiliés au début de leur vie active pour une durée assez courte au cours de laquelle ils sont nombreux à occuper un autre emploi. Ils poursuivent ensuite majoritairement leur vie professionnelle au régime général.

Ces éléments invitent à une réforme d'ensemble, et non à un simple ajustement des paramètres du régime.

S'agissant de la branche maladie du régime spécial, la Cour estime qu'il serait favorable aux assurés de procéder dans un premier temps à l'affiliation au régime général des marins pensionnés, puis des marins actifs, d'abord pour les prestations en nature et ensuite pour les prestations en espèces, avec un alignement correspondant des assiettes et des taux de cotisation.

S'agissant de la branche retraite du régime spécial, au regard de la situation du système de retraite dans son ensemble, il est peu justifié de maintenir un dispositif aussi coûteux pour les finances publiques au bénéfice d'un nombre si limité d'affiliés, qui, dans leur grande majorité, n'y effectuent que quelques années de leur vie professionnelle, souvent d'ailleurs en exerçant une deuxième activité.

⁵⁴¹ Pour les générations nées entre 1960 et 2000, l'âge de la première affiliation à l'Énim est en moyenne de 22,1 ans et en médiane de 20,5 ans.

⁵⁴² La durée de 37,5 ans est le maximum d'annuité qui peut être acquis dans le régime.

⁵⁴³ Sa durée moyenne est de quatre années. Environ 10 % des individus concernés par cette situation passent la totalité de leur vie professionnelle en situation de poly-activité.

⁵⁴⁴ Étude réalisée par la Cnav à la demande de la Cour, Juin 2022.

L'impossibilité de maintenir l'assiette de cotisation en l'état, suppose, pour l'avenir, de faire évoluer les règles d'acquisition des droits, qui pourraient donc être celles du régime général. Les droits à retraite acquis par les cotisants de l'Énim antérieurement à la date de la réforme seraient quant à eux préservés ; ils seraient liquidés selon les règles dérogatoires antérieures et l'Énim resterait chargé de leur service, dont le financement serait assuré par des crédits budgétaires de l'État. Les marins pourraient enfin bénéficier d'une prise en compte de l'usure professionnelle et de la pénibilité liées à leurs métiers, pour ce qui concerne leurs droits à retraite nouvellement acquis au régime général.

Un dispositif unifié de réduction des charges patronales, adaptable en fonction de la situation économique de chaque secteur, permettrait de faire perdurer la solidarité nationale envers le monde de la mer.

Sans attendre l'aboutissement de ces évolutions indispensables, la refonte du dispositif de la pension dite « spéciale » et l'introduction de conditions d'âge et de ressources pour le bénéfice de la pension de réversion servie par le régime gagneraient à être mise en œuvre rapidement.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le régime géré par l'Énim a été profondément déstabilisé par deux réformes récentes, relatives pour la première aux règles de la circulation maritime et pour la seconde à l'utilisation du système de déclaration sociale nominative (DSN) : les paramètres, souvent désuets, nécessaires au calcul des cotisations et des prestations en espèces qu'il sert ne peuvent plus être recueillis dans des conditions en garantissant l'exactitude.

En conséquence, la Cour estime qu'une discussion doit être engagée avec les représentants des salariés et des employeurs sur la modernisation de la protection sociale dans le secteur maritime.

Les mesures à prendre devront répondre à la fois aux enjeux de la viabilité économique du secteur, de la préservation des droits constitués dans le régime spécial et de la restauration de l'équité vis-à-vis des assurés des autres régimes de sécurité sociale. L'ampleur et la complexité du travail législatif et réglementaire à mener exige qu'une gestion de projet forte et structurée soit mise en place par les administrations de tutelle.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes (ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion, ministère de la santé et de la prévention, secrétariat d'État auprès de la Première ministre, chargé de la mer) :

- 35. refonder l'assiette des cotisations et l'acquisition de droits aux prestations de sécurité sociale des marins sur la base du revenu brut en préservant les droits à retraite antérieurement constitués dans le régime spécial sur la base des salaires forfaitaires ;*
 - 36. restaurer la durée de cinq ans d'affiliation, en-dessous de laquelle les marins ne sont pas éligibles à la pension spéciale et introduire des conditions d'âge minimum et de ressources pour le bénéfice de la pension de réversion ;*
 - 37. affilier les marins à la branche maladie du régime général en commençant par les prestations en nature et en poursuivant par les prestations en espèces et la couverture des accidents du travail et des maladies professionnelles pour les actifs ;*
 - 38. appliquer un seul taux de cotisation patronale à tous les employeurs maritimes et prévoir un dispositif simplifié de réduction ou d'exonération de charges modulable uniquement en fonction des contraintes économiques propres à chaque secteur maritime.*
-

Chapitre XI

Les litiges des particuliers

et des entreprises avec les organismes

du régime général de sécurité sociale :

des progrès à amplifier

PRÉSENTATION

Les particuliers contestent certaines décisions que leur notifient les organismes de sécurité sociale : refus d'attribution, retrait ou réduction de droits ou de prestations ; constatation d'indus ou de leur caractère frauduleux et sanctions financières ; refus de reconnaissance d'un état d'invalidité ou d'incapacité au travail ou degré de l'invalidité ; refus de reconnaissance du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie ou niveau du taux de l'incapacité permanente en cas de reconnaissance. Des entreprises contestent la réalité du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie, les taux d'incapacité permanente ou l'existence d'une faute inexcusable de l'employeur, les redressements de l'assiette déclarée des prélèvements sociaux et les notifications de contraintes de prélèvements à régler.

Ces contestations donnent lieu à des recours précontentieux, obligatoires ou facultatifs, auprès d'instances internes aux organismes de sécurité sociale et, pour une partie d'entre elles, à des recours contentieux devant les tribunaux judiciaires ou administratifs.

La loi du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle a intégré les contentieux de la sécurité sociale à la justice judiciaire civile. En outre, elle a créé, à côté des commissions de recours amiable des organismes de sécurité sociale, des commissions médicales de recours amiable, qui doivent elles aussi être saisies avant tout recours devant le juge. Par ailleurs, la loi du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance a généralisé la possibilité de recourir à une médiation dans les organismes de sécurité sociale.

La Cour⁵⁴⁵ a souhaité apprécier les effets de ces réformes et, plus généralement, la prise en charge par les organismes de sécurité sociale et par les tribunaux de litiges, qui sont souvent synonymes, pour les requérants, d'incompréhensions et de délais et, pour les organismes, de charge de travail et de risques de pertes financières.

La loi de modernisation de la justice et des textes ultérieurs ont réorganisé le traitement des contentieux de la sécurité sociale, qui fait apparaître des avancées, mais aussi d'autres à réaliser encore (I). Malgré des progrès, le traitement des contestations par les organismes de sécurité sociale comporte des marges d'amélioration, qu'il s'agisse des dispositifs de règlement amiable et de médiation ou de la maîtrise des risques de dénouement judiciaire défavorable (II).

⁵⁴⁵ Pour la réalisation de cette enquête, la Cour a bénéficié du concours de deux auditrices de la mission nationale de contrôle et d'audit de la direction de la sécurité sociale.

**Les enjeux financiers liés aux litiges à l'encontre des décisions
des organismes du régime général de sécurité sociale :
principales données disponibles à fin 2021**

Les organismes nationaux du régime général ont communiqué à la Cour des données partielles sur les contestations portées devant les commissions de recours amiable (CRA) et les tribunaux en première instance, en appel et en cassation.

- Urssaf : 3,9 Md€ de montants contestés devant les tribunaux (encours) et 0,8 Md€ de montants contestés devant les CRA (flux de saisines 2021), pour l'essentiel au titre de redressements de l'assiette des prélèvements sociaux ; 1,2 Md€ de provisions comptabilisées sur des montants réglés et contestés.
- Branche des accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP) : 0,9 Md€ de provisions pour risque de remboursement de cotisations du fait du dénouement de litiges.
- Branche vieillesse : 9 M€ de provisions pour litiges perdus sur des prestations.

Pour les branches famille, maladie et AT-MP, les risques de perte de litiges sont implicitement pris en compte, sans être distingués, dans le calcul des provisions pour prestations à verser. Pour la branche maladie, le montant des seuls recours non médicaux (flux de saisines) s'élèverait à 20 M€.

I - La réforme des contentieux : des avancées à compléter

En 2021, 69 067 recours ont été déposés devant les pôles sociaux des tribunaux judiciaires (TJ), compétents pour connaître la plupart des litiges à l'encontre des décisions des organismes de sécurité sociale (soit 6 % du total des recours). Par ailleurs, les chambres sociales des cours d'appel ont été saisies de 17 628 affaires (soit 8,3 % du total des appels) et la Cour de cassation de 1 327 pourvois (11 % du total, hors désistements et déchéances) dans le domaine de la protection sociale.

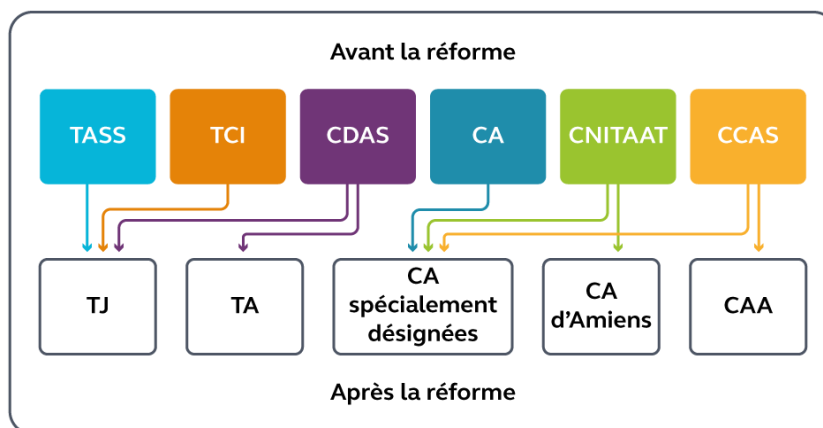
A - Une institution judiciaire simplifiée et dissociée de la sécurité sociale

La loi du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle, entrée en vigueur en 2019, a réformé l'organisation du traitement des contentieux de la sécurité sociale afin de rendre l'institution judiciaire plus compréhensible et accessible aux justiciables, de professionnaliser le traitement de leurs recours et d'améliorer l'efficacité de la justice.

1 - Un seul tribunal en première instance et en appel pour faciliter l'accès à la justice

À la suite de la réforme, les requérants n'ont plus à saisir différents tribunaux judiciaires, en fonction de leurs motifs de contestation, ce qui les exposait au risque de se tromper et de perdre les voies de recours.

Schéma n° 9 : les tribunaux compétents pour traiter les contentieux avant et depuis la réforme



Source : ministère de la justice
Les sigles (TASS, TCI, CA, etc...) sont développés dans le texte

En première instance, les requérants devaient, avant la réforme, saisir des tribunaux judiciaires distincts selon l'objet de leur requête :

- le tribunal pour les affaires de sécurité sociale (Tass) pour le contentieux (dit général) portant sur l'application des législations et réglementations de sécurité sociale et le recouvrement des prélèvements sociaux (113 Tass étaient en activité) ;
- le tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI) pour le contentieux (dit technique) visant les décisions des organismes de sécurité sociale concernant l'état et le degré d'invalidité, l'état d'inaptitude au travail, le taux d'incapacité permanente au travail à la suite d'un accident du travail (AT) ou d'une maladie professionnelle (MP), ainsi que les décisions des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, qui conditionnent notamment l'attribution de l'allocation pour adulte handicapé ou AAH (26 tribunaux).

Les Tass et les TCI ont été supprimés. Un seul et même tribunal, le tribunal de grande instance (TGI) en 2019, puis le tribunal judiciaire depuis 2020, traite désormais l'ensemble des contentieux de la sécurité sociale au sein d'un pôle social.

Les commissions départementales d'aide sociale (CDAS), juridictions administratives de première instance, ont également été supprimées. Depuis 2019, les pôles sociaux des TJ traitent ainsi les contestations relatives à la complémentaire santé solidaire (C2S). Les tribunaux administratifs (TA) sont par ailleurs devenus compétents pour les contestations relatives à l'aide médicale de l'État (AME) ; ils l'étaient déjà pour celles relatives au RSA, à la prime d'activité et à l'aide personnelle au logement (APL).

Seuls les contentieux relatifs à la fixation des taux de cotisation AT-MP, formés par les entreprises, continuent à relever en première instance d'une juridiction spécifique : la Cour d'appel d'Amiens, qui succède à la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (Cnitaat), également située à Amiens. Cette juridiction statue en premier et dernier ressort ; ses décisions peuvent uniquement faire l'objet d'un pourvoi devant la Cour de cassation.

En appel⁵⁴⁶, 28 des 36 cours d'appels traitent désormais de l'ensemble des litiges, tandis qu'ont été supprimées les deux cours d'appel des décisions des TCI (Cnitaat)⁵⁴⁷ et des CDAS (la commission centrale d'aide sociale ou CCAS).

La simplification de l'organisation judiciaire bénéficie notamment aux particuliers victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Avant la réforme, le Tass jugeait l'étendue des séquelles, leur imputabilité à un accident du travail ou à une maladie professionnelle et la date de consolidation de l'état de santé du salarié⁵⁴⁸, tandis que le TCI était compétent pour le taux d'incapacité. Il était fréquent que le TCI doive surseoir dans l'attente du jugement du Tass ou que la Cnitaat soit saisie d'un appel contre le jugement du TCI sur le taux d'incapacité, tandis qu'une cour d'appel l'était contre celui du Tass sur l'imputation de l'accident ou de la maladie à l'employeur.

2 - Une présidence assurée dans tous les cas par un magistrat professionnel, gage d'impartialité et de qualité des décisions

Les pôles sociaux des TJ sont présidés dans tous les cas par un magistrat professionnel, en activité ou honoraire.

C'était déjà le cas pour les Tass. En revanche, la présidence des TCI pouvait être assurée par un magistrat en activité ou honoraire de l'ordre judiciaire ou administratif ou par une personne qualifiée présentant des garanties d'indépendance et d'impartialité. Environ 60 % des TCI étaient présidés par des magistrats non professionnels (avocats, avoués, huissiers de justice, notaires, juristes), souvent non formés au préalable, les autres par des magistrats honoraires⁵⁴⁹.

⁵⁴⁶ Seuls les jugements portant sur des affaires dépassant un certain seuil (5 000 euros depuis 2019, contre 4 000 euros auparavant) ou de montant inconnu peuvent faire l'objet d'un appel. Les autres peuvent seulement donner lieu à un pourvoi en cassation.

⁵⁴⁷ Après deux reports, la suppression de la Cnitaat est intervenue fin 2022, une fois achevé le traitement des affaires introduites avant janvier 2019.

⁵⁴⁸ La date de consolidation correspond au moment à partir duquel l'état d'un patient est considéré comme stabilisé.

⁵⁴⁹ Un magistrat honoraire est un magistrat de l'ordre judiciaire à la retraite, âgé de 72 ans au plus. Il est rémunéré pour chaque audience par la voie d'une indemnité.

Des juridictions qui ont conservé un caractère échevinal

Comme les ex-Tass, TCI et Cnitaat, les formations de jugement des pôles sociaux des TJ et de la Cour d'appel d'Amiens comprennent deux assesseurs représentant l'un les salariés, l'autre les employeurs ou les travailleurs indépendants. Cette composition reproduit celle des CRA et donc la gouvernance des organismes de sécurité sociale. Les avantages et inconvénients respectifs de juridictions échevinales, d'une formation collégiale composée uniquement de magistrats professionnels ou d'un juge unique n'ont pas été évalués lors de la réforme de 2016.

Selon les textes en vigueur, les assesseurs sont choisis pour une durée de trois ans par le premier président de la cour d'appel, après avis du président du tribunal, « *sur une liste dressée dans le ressort de chaque tribunal* » par le préfet de département sur proposition des « *organisations professionnelles intéressées les plus représentatives* ». À défaut d'une définition précise de cette notion de représentativité, les assesseurs sont désignés selon des modalités variables, qui peuvent créer des risques de contestation des jugements. Le ministère de la justice envisage la création d'une procédure de désignation au niveau national, s'inspirant de celle applicable aux membres des conseils de prud'hommes.

3 - L'intégration des tribunaux au ministère de la justice, garantie de leur indépendance par rapport à la sécurité sociale

Avant la réforme, le ministère de la justice ne pilotait ni les moyens, ni l'activité des tribunaux qui jugeaient des contentieux de la sécurité sociale. Leurs emplois et financements provenaient de multiples canaux, principalement alimentés par les organismes de sécurité sociale et, dans une moindre mesure, le ministère des affaires sociales. Des désordres affectaient le fonctionnement de certaines juridictions.

Des juridictions hybrides aux ressources morcelées avant 2019

Le ministère de la justice finançait uniquement la rémunération des magistrats en activité dans les Tass et à la Cnitaat.

Celui des affaires sociales prenait en charge le financement des indemnités versées aux magistrats honoraires des Tass et aux présidents des TCI et la rémunération des secrétaires en titre des Tass et TCI et de la Cnitaat.

Les CPAM, et accessoirement les caisses de la MSA, mettaient à la disposition des Tass et des TCI les deux-tiers environ des effectifs administratifs de ces derniers, sans être remboursées par le ministère de la justice. La sécurité sociale finançait environ 70 % des dépenses relatives aux tribunaux traitant les contentieux de la sécurité sociale : les rémunérations des salariés des organismes et des fonctionnaires du ministère des affaires sociales mis à la disposition de ces juridictions (sauf les secrétaires en titre), les indemnités versées aux assesseurs des Tass et TCI et de la Cnitaat et l'ensemble des autres dépenses de fonctionnement de ces tribunaux.

Depuis la réforme, le budget du ministère de la justice finance la totalité des emplois et des dépenses nécessaires à l'activité des juridictions.

La normalisation du financement et des emplois

Dans les lois de finances 2019, 2020 et 2021, le ministère de la justice a bénéficié de la création de 545 emplois équivalent temps plein (ETP) et de l'ouverture de 38,8 M€ de crédits supplémentaires (29,6 M€ pour les dépenses de personnel et 9,2 M€ pour les autres dépenses de fonctionnement), compensée par des baisses de dépenses de la sécurité sociale. Ces décisions permettent au ministère de la justice de rembourser aux organismes de sécurité sociale et au ministère des affaires sociales l'intégralité des rémunérations des agents qu'ils continuent à mettre à sa disposition à compter du 1^{er} janvier 2019 et de compenser les départs de ces agents par l'affectation de fonctionnaires.

Le nombre d'agents mis à disposition par les caisses de sécurité sociale s'est réduit de 375 début 2019 à 127 en octobre 2022. En l'absence de données précises, cette évolution résulterait principalement de réintégrations dans les caisses à la demande des agents et de départs en retraite.

En revanche, les possibilités de recrutements réservés exceptionnels⁵⁵⁰, valorisant les acquis de l'expérience professionnelle, en faveur des agents des caisses de sécurité sociale (et des contractuels de l'État) sont peu attractifs, compte tenu des écarts salariaux avec les caisses de sécurité sociale.

Jusqu'à fin juin 2020, les fonctionnaires du ministère des affaires sociales pouvaient opter pour un détachement dans un corps administratif du ministère de la justice, une affectation directe dans l'un des corps de ce dernier ou une réaffectation dans leur corps d'origine. Seuls 40 des 82 fonctionnaires des affaires sociales en fonction fin 2018 ont rejoint le ministère de la justice.

⁵⁵⁰ Par concours exceptionnels pour l'accès aux corps de catégorie A, examens professionnels pour les corps de catégorie B et sans formalité pour ceux de catégorie C. Ces recrutements ont été tardivement organisés : l'épreuve écrite du concours réservé exceptionnel de directeurs des services de greffe a eu lieu le 11 mai 2021 et l'épreuve orale de l'examen professionnel réservé de greffier entre le 6 et le 17 septembre 2021.

B - Une réforme à poursuivre

1 - Une dualité de compétence des juges judiciaire et administratif maintenue, au détriment de l'accès à la justice

À la suite de la réforme de 2016, des juges distincts restent compétents pour des droits et prestations de même nature, visant un même objectif ou ayant de mêmes bénéficiaires.

Par conséquent, les allocataires des CAF doivent saisir à la fois le juge judiciaire et le juge administratif s'ils contestent la réalité de situations (notamment la composition et les ressources du foyer) qui affectent à la fois les prestations familiales de sécurité sociale, dont les litiges relèvent des tribunaux judiciaires, et celles versées pour le compte de l'État ou des départements, qui, sauf exception (AAH), relèvent des tribunaux administratifs (RSA, prime d'activité et aides au logement). Ainsi, par exemple, un allocataire doit contester à la fois devant le TJ et le TA la réalité de l'absence d'isolement à l'origine d'une notification d'indus d'allocation de soutien familial (ASF) et de RSA.

Les tribunaux administratifs traitent les contestations relatives au rejet par les caisses d'assurance maladie des demandes d'attribution de l'aide médicale de l'État (AME), financée par l'État. Pourtant, ces demandes sont instruites dans les mêmes conditions que les demandes d'attribution de l'assurance maladie obligatoire de base et de la complémentaire santé solidaire, sans intervention d'une autorité administrative de l'État.

En matière de handicap, les contestations visant les décisions des CAF, des conseils départementaux et des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) sont réparties entre les ordres judiciaire et administratif de manière peu lisible pour les requérants.

Plusieurs tribunaux pour le handicap

Les tribunaux judiciaires traitent la plupart des contentieux : refus et niveau d'attribution des prestations monétaires (AAH, allocation différentielle aux adultes handicapés, allocation d'éducation de l'enfant handicapé, ou AEEH, prestation de compensation du handicap, ou PCH, et allocation compensatrice tierce personne, ou ACTP) ; refus de délivrance par les conseils départementaux de la carte mobilité inclusion (CMI) pour les mentions « invalidité » et « priorité » ; orientation et mesures visant à assurer l'insertion scolaire, professionnelle et sociale des enfants et adultes handicapés.

Les tribunaux administratifs sont compétents pour l'aide sociale à l'hébergement (ASH)⁵⁵¹, les décisions relatives à la rééducation professionnelle et au travail adapté ou protégé, par dérogation à la compétence des tribunaux judiciaires sur l'insertion des adultes handicapés, et la CMI « stationnement ». Les particuliers qui contestent les refus d'attribution de la CMI sont ainsi souvent contraints de devoir saisir deux juges distincts.

L'attribution au juge judiciaire de l'ensemble des contentieux dits de l'aide sociale traités par le juge administratif simplifierait l'accès à la justice pour les requérants, mettrait fin au double parcours juridictionnel imposé à une partie de ces derniers, aux surcoûts qu'il induit et au risque de décisions contradictoires portant sur des faits identiques pour de mêmes requérants. Elle répondrait aux exigences posées par la jurisprudence du Conseil constitutionnel⁵⁵² : il s'agirait d'un aménagement précis et limité des règles de compétence, en faveur de l'ordre de juridiction principalement concerné, concourant à assurer une bonne administration de la justice et ne privant pas les justiciables d'une garantie essentielle de leur défense.

En 2021, près de 12 400 affaires relevant du contentieux de l'aide sociale dans son ensemble ont été traitées par les tribunaux administratifs, principalement au titre de prestations versées par les CAF. Le transfert de ces contentieux des tribunaux administratifs aux tribunaux judiciaires nécessitera, après une étude d'impact détaillée, de redéployer les emplois budgétaires de magistrats et d'agents administratifs correspondants⁵⁵³ et de recruter et former les nouveaux magistrats et agents des tribunaux judiciaires selon un calendrier permettant de pourvoir rapidement les emplois correspondants.

2 - Une procédure orale fréquemment sans représentation, qui peut porter préjudice aux requérants

S'agissant des contentieux de la sécurité sociale, la procédure devant les TJ et les cours d'appel est orale. L'oralité allège la procédure et simplifie l'échange avec les juges, mais peut aussi desservir les requérants, faute d'argumentaires suffisamment établis.

⁵⁵¹ C'est également le cas pour l'ASH des personnes âgées, sauf si la décision prévoit une contribution des obligés alimentaires, auquel cas le tribunal judiciaire est compétent.

⁵⁵² Décision n° 86-224 DC du 23 janvier 1987.

⁵⁵³ En se référant à la part des contentieux de l'aide sociale dans les décisions des juridictions administratives, 5 % des emplois de ces dernières, soit 60 magistrats et 80 agents administratifs, pourraient leur être affectés. Le Conseil d'État estime ces chiffres surévalués. Le ministère de la justice considère au contraire qu'ils sont sous-estimés.

Les requérants peuvent se défendre seuls ou avec l'aide d'un proche, d'organisations syndicales, d'associations ou d'un avocat. Selon des données antérieures à la réforme, dans six affaires sur 10, ils ne feraient pas appel à une assistance externe. Si les entreprises recourent souvent à des conseils juridiques, cela est plus rare pour les particuliers, malgré la fragilité de leur état de santé ou leur situation sociale.

L'instauration, au stade de l'appel, d'une procédure écrite avec représentation obligatoire des requérants par un avocat ou une association de leur choix, comme c'est le cas pour les contentieux prud'homaux depuis 2016⁵⁵⁴, les ferait bénéficier d'argumentaires plus solides ; les organismes de sécurité sociale conserveraient quant à eux la faculté d'être ou non représentés. La meilleure préparation des dossiers présentés à l'audience qui en résulterait pourrait permettre de mieux planifier les audiences, de réduire le nombre de renvois et d'accélérer ainsi les décisions.

Afin de ne pas freiner l'accès au juge, les requérants peuvent bénéficier, sous certaines conditions de revenus et de patrimoine, d'une aide juridictionnelle pour la prise en charge des frais occasionnés par une procédure judiciaire. La mesure proposée supposerait une augmentation limitée des dépenses d'aide juridictionnelle, estimée par le ministère de la justice à 6 M€ par an⁵⁵⁵.

C - Une amélioration de la qualité du service rendu aux requérants à concrétiser

1 - Des délais de jugement plus longs que ceux des autres contentieux et en augmentation continue depuis 2019

Pour les requérants, les délais de jugement sont un enjeu primordial. C'est notamment le cas pour les contestations relatives aux prestations ayant un caractère alimentaire ou à la prise en charge de frais de santé.

Grâce à des opérations visant à résorber le stock d'affaires, engagées avant même l'entrée en vigueur de la réforme au 1^{er} janvier 2019 avec le renfort de contractuels à durée déterminée, le nombre d'affaires restant à traiter en fin d'année par les pôles sociaux des TJ a baissé (150 000 fin 2021, contre 194 000 fin 2019). L'âge moyen des affaires non traitées a cependant augmenté (22,8 mois fin 2021 contre 16,4 mois fin 2019), ce qui contribue à dégrader les délais moyens de traitement des affaires.

⁵⁵⁴ Le requérant est représenté par un avocat ou par un défenseur syndical.

⁵⁵⁵ La loi de finances pour 2023 a ouvert 643 M€ de crédits pour l'aide juridictionnelle.

La durée de traitement d'un dossier de contentieux de la sécurité sociale à partir de la saisine du tribunal, évaluée à 17,6 mois en moyenne lors du transfert des dossiers des Tass et TCI au 1^{er} janvier 2019, a augmenté depuis lors, passant à 18,6 mois en 2019 à 21,8 mois en 2020 et à 24,1 mois en 2021, soit un peu plus de deux années.

Cette durée moyenne concerne l'ensemble des affaires terminées, y compris les désistements des requérants. Le ministère ne suit pas les délais propres aux jugements sur le fond, qui sont plus longs, ni la distribution des affaires terminées en fonction de leur durée ou de leur nature médicale ou non médicale, alors que les délais de jugement des contentieux de nature médicale sont plus longs en raison des expertises demandées par les juges.

À titre de comparaison, en 2021, les délais moyens de traitement des affaires terminées par les tribunaux judiciaires, hors contentieux relevant du droit de la famille et procédures courtes⁵⁵⁶, s'élevaient à 13,7 mois en moyenne et ceux des conseils de prud'hommes à 18,3 mois.

La situation est très dégradée dans certains TJ (plus de deux années et demie pour les TJ de Dijon, Nantes et Versailles, plus de trois années pour celui de Marseille), notamment en région Rhône-Alpes (plus de deux années et demie pour les TJ de Saint-Etienne et d'Annecy, plus de trois années pour ceux de Chambéry et de Bourg-en-Bresse, plus de trois années et demie pour celui de Lyon).

En appel, les délais moyens de traitement sont passés de 17,9 mois en 2019 à 21,4 mois en 2020 et à 23 mois en 2021 (contre 19 mois en 2017 et 20,5 mois en 2018 pour l'ensemble formé par les cours d'appel et la Cnitaat). Ils sont plus élevés que pour l'ensemble⁵⁵⁷ des affaires civiles traitées par les cours d'appel (en 2021, 18,1 mois pour les jugements au fond et 15,7 mois pour l'ensemble des arrêts). Dans plusieurs juridictions, ils approchent (Paris, Caen, Pau) ou dépassent (Montpellier) trois années.

L'évolution des délais de traitement des contentieux de la sécurité sociale est en partie explicable par la crise sanitaire, par les délais de remplacement d'agents de la sécurité sociale et des affaires sociales par des fonctionnaires du ministère de la justice, après formation préalable de ces derniers et par la difficulté à bénéficier du concours de médecins experts. Elle n'en est pas moins préjudiciable aux requérants, dont certains décèdent avant d'avoir obtenu une décision de justice. Une réduction des délais de jugement est indispensable pour améliorer le service qui leur est rendu.

⁵⁵⁶ Référé et ordonnances sur requête.

⁵⁵⁷ Hors incapacité des mineurs et protection des majeurs.

2 - Des décisions plus souvent infirmées en appel que pour l'ensemble des jugements au civil

En moyenne, de 2019 à 2021, 54 % environ des jugements rendus sur le fond par les tribunaux judiciaires étaient favorables aux requérants - usagers ou organismes de sécurité sociale.

En 2021, le taux d'infirmation par les chambres sociales des cours d'appels des jugements rendus en première instance s'est élevé à 37,9 %, après 36,3 % en 2020 et 36,5 % en 2019. Cette fréquence est plus élevée que la moyenne des jugements civils en appel (soit environ 25 %) et concerne notamment les décisions rendues par les tribunaux du ressort de certaines cours d'appel (Toulouse, Paris et Versailles).

Le taux d'infirmation précité de 2021 concerne dans une mesure indéterminée des affaires des ex-Tass et TCI et des TJ. Sauf exception (voir encadré), les données font défaut pour apprécier comment la qualité des jugements en première instance a évolué à la suite de la réforme.

Un exemple ponctuel d'amélioration de la qualité des décisions rendues en première instance

Pour la Cour d'appel de Bordeaux, dont la Cour a analysé les jugements rendus sur le fond entre janvier et octobre 2021, le taux de confirmation totale des décisions des TJ (85 %) dépasse de 25 points celui des décisions rendues par les ex-Tass et de 10 points celui des autres juridictions, dont les TCI. En outre, le taux d'infirmation totale des jugements est nul pour les TJ, contre 11 % pour les ex -Tass et 3 % pour les autres juridictions.

3 - Une évolution des moyens et des saisines des pôles sociaux des TJ qui doit permettre une réduction des délais de jugement

Les lois de finances récentes ont fait bénéficier le ministère de la justice de créations d'emplois de magistrats et d'agents administratifs⁵⁵⁸.

Selon les données de ce ministère⁵⁵⁹, les TJ comptaient 104 ETP de magistrats en activité affectés au contentieux de la sécurité sociale en 2021. Ce niveau est quasi-identique à celui prévu par l'étude d'impact de la réforme de 2016 et plus élevé que celui d'avant la réforme⁵⁶⁰.

⁵⁵⁸ Entre la LFI 2016 et la LFI 2023, le plafond d'emplois du programme budgétaire n° 166 « Justice judiciaire » a été porté de 31 473 à 35 437 ETP (+11,6 %), dont de 9 277 ETP à 9 982 ETP pour les seuls magistrats (+7,6 %).

⁵⁵⁹ Issues des dialogues de gestion avec les chefs de juridiction qui affectent les effectifs.

⁵⁶⁰ Selon l'étude d'impact, les Tass comptaient 60 ETP de magistrats en activité et 20 ETP de magistrats honoraires. Les TCI comptaient uniquement des magistrats honoraires et des personnes qualifiées, dont les nombres sont inconnus.

Les pôles sociaux des TJ bénéficient de surcroît de l'activité de magistrats honoraires. L'évolution de leur nombre par rapport à la période antérieure à la réforme n'est pas connue⁵⁶¹. Afin de stabiliser cette ressource, qui a probablement un rôle plus important que pour les autres contentieux⁵⁶² et s'ajoute aux emplois autorisés par la loi de finances, l'indemnité par audience qui leur est versée a été fortement revalorisée en 2020 par rapport à celle des présidents des ex-Tass et TCI (811,85 € au lieu de 98,29 €).

Enfin, les pôles sociaux des TJ bénéficient d'une priorité dans l'affectation des juristes assistants (JA), nouvel emploi créé par la loi de 2016. Début octobre 2022, environ 200 JA leur étaient affectés, soit un JA sur cinq. Sans participer à la procédure ou aux audiences, ni assister aux délibérés, ces agents contractuels de catégorie A effectuent l'analyse juridique des dossiers et soumettent des propositions de décision aux magistrats auxquels ils sont rattachés, dont ils allègent ainsi les tâches. Leur recrutement à durée déterminée (trois années renouvelables une fois) limite cependant la capitalisation de leur expérience par les tribunaux.

Alors que les pôles sociaux des TJ bénéficient d'effectifs renforcés par rapport à la période antérieure à la réforme, le nombre d'affaires nouvelles (un peu plus de 118 000 en 2019 et de 69 000 pour chacune des années 2020 et 2021) est inférieur à celui de 2012 (143 000), pris en compte pour déterminer le nombre d'emplois nécessaires lors de la réforme.

La conjonction de ces éléments devrait entraîner une réduction du niveau et de l'ancienneté des stocks ainsi que des délais de jugement.

Il convient cependant qu'augmente le nombre moyen d'affaires terminées par magistrat, qui était inférieur en 2021 de 23 % à l'hypothèse de 1 400 dossiers prise en compte lors de la réforme. Il convient aussi que s'élève le nombre total d'affaires terminées, alors que ce dernier restait inférieur en 2021 à celui de 2019 (108 519 contre 117 160). Au sein des affaires terminées, l'augmentation du nombre de décisions de fond (60 153 en 2021 contre 53 316 en 2019) fournit un premier signe de redressement, à confirmer au cours des années suivantes.

Pour réduire les délais de jugement, le ministère doit par ailleurs mener à bien sa transformation numérique, notamment le projet *Portalis* dont le développement rencontre des difficultés importantes, concrétisées par des retards conséquents et des surcoûts élevés, comme la Cour l'a montré en 2022⁵⁶³.

⁵⁶¹ Selon le ministère de la justice, 289 magistrats honoraires étaient en fonction fin 2021. Le nombre de ceux des pôles sociaux des TJ n'est pas suivi.

⁵⁶² En 2021, les magistrats honoraires représentaient trois des sept magistrats du pôle social du TJ de Paris ; un magistrat sur les deux de celui d'Amiens ; 1,25 ETP sur les 4 ETP de celui de Bordeaux.

⁵⁶³ Voir Cour des comptes, Améliorer le fonctionnement de la justice, point d'étape du plan de transformation numérique du ministère de la justice, janvier 2022.

II - Le traitement des contestations par les organismes de sécurité sociale : des enjeux d'efficacité à mieux prendre en compte

Le traitement des litiges par les organismes de sécurité sociale présente un triple enjeu : délais et qualité des réponses apportées aux recours des requérants ; emploi efficient des moyens consacrés au traitement des recours (plus de 2 200 ETP, avec des imprécisions, sur un peu plus de 151 000 ETP au total en 2021) ; préservation des intérêts financiers de la protection sociale.

A - Renforcer le rôle de prévention des contentieux assuré par les commissions de recours amiable

Avant de saisir le juge judiciaire, les entreprises, au titre des prélèvements sociaux qu'elles versent, et les demandeurs ou les bénéficiaires de prestations doivent dans tous les cas⁵⁶⁴ porter leurs contestations devant des commissions de recours amiable, administratives (CRA)⁵⁶⁵ ou médicales (CMRA). Les directeurs des organismes du régime général de sécurité sociale doivent respecter les décisions des CRA et des CMRA.

Les CRA sont constituées au sein des organes délibérants⁵⁶⁶ des organismes de base de sécurité sociale et représentent paritairment les organisations professionnelles des employeurs et les organisations syndicales de salariés siégeant dans ces organes. Les CMRA, aujourd'hui composées d'un médecin conseil de l'assurance maladie et d'un médecin expert ayant voix prépondérante en cas de désaccord, ont été créées au 1^{er} janvier 2019 par la loi de modernisation de la justice de 2016 afin de prévenir une partie des contentieux ayant un objet médical. Des textes ultérieurs ont étendu leurs missions à la quasi-totalité des contentieux ayant un tel objet⁵⁶⁷.

⁵⁶⁴ À une exception près : la fixation des taux de cotisation AT-MP.

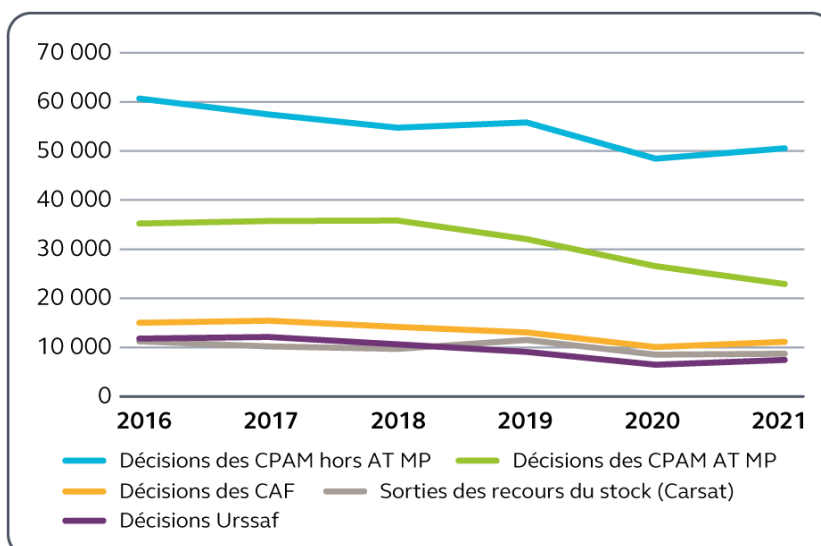
⁵⁶⁵ Les CRA sont aussi obligatoirement saisies des demandes de remises de dettes. Celles des CAF ont l'activité la plus importante : en 2021, elles ont été saisies de 332 642 demandes, dont 69,8 % ont fait l'objet d'un accord total ou partiel pour un montant de 137 M€. La Cnav ne dispose d'aucune donnée sur les remises de dettes.

⁵⁶⁶ Conseil d'administration pour les CAF, Carsat et Urssaf, conseil pour les CPAM.

⁵⁶⁷ Notamment la reconnaissance d'un état d'invalidité ou d'inaptitude au travail et le degré de l'invalidité, la reconnaissance du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie et le niveau du taux de l'incapacité permanente en cas de reconnaissance.

Sous les réserves liées au manque de fiabilité⁵⁶⁸ ou de comparabilité⁵⁶⁹ d'une partie des données, les nombres de décisions de CRA connaissent une nette diminution, accélérée depuis 2020 (voir graphique ci-après). En 2021, les CRA des organismes du régime général ont ainsi rendu près de 101 000 décisions au total, soit une baisse de 25 % par rapport à 2016. Par ailleurs, plus de 28 700 recours (dont plus de 16 300 par des employeurs et de 12 300 par des assurés) ont été adressés en 2021 aux CMRA, soit une hausse de 40 % par rapport à l'année 2019 de leur création.

Graphique n° 32 : décisions des CRA au titre des contestations de droit (2016-2021)



Source : Cour des comptes d'après les données transmises par la mission nationale de contrôle et par les organismes nationaux du régime général de sécurité sociale

⁵⁶⁸ Les données des CPAM sont recensées par celles-ci selon des modalités hétérogènes.

⁵⁶⁹ La suppression du régime social des indépendants (RSI) et l'attribution de ses missions au régime général à compter de 2020 par la LFSS pour 2018 freinent la diminution du nombre de décisions des CRA des organismes du régime général.

1 - Des décisions généralement défavorables aux requérants et prévenant assez peu les recours contentieux

Dans une enquête effectuée en 2010⁵⁷⁰, la Cour avait observé que les CRA statuaient souvent en équité, plutôt qu'elles n'appliquaient strictement les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Depuis lors, les administrateurs membres des CRA ont été plus fortement sensibilisés à l'enjeu d'une meilleure application des règles de droit. Depuis 2010, le contrôle de la légalité des décisions des organes délibérants des organismes de sécurité sociale, dont les CRA, est confié à un service de la direction de la sécurité sociale du ministère chargé des affaires sociales (la mission nationale de contrôle et d'audit), plus investi dans cette mission que les services, depuis lors supprimés, auxquels elle était précédemment confiée⁵⁷¹.

En dehors des Carsat (37 % en 2020), le taux d'accord des CRA aux demandes des requérants a chuté et est aujourd'hui très minoritaire : en 2020, les CRA des CPAM ont donné leur accord à moins de 5 % des demandes des requérants (contre 28 % en 2008), celles des CAF à 11 % (contre 24 %) et celles des Urssaf à 17 % (contre 34 %). Entre 2019 et 2021, un quart des décisions des CMRA ont été favorables aux requérants.

Les CRA privilégient les considérations de droit : entre 2016 et 2020, la MNC a annulé moins de 5 % des décisions favorables aux requérants.

Selon l'estimation de la Cour, au moins 60 % des décisions des CRA comme des CMRA défavorables aux requérants sont suivies par un recours contentieux. Par rapport à la situation antérieure à leur création, les CMRA ont néanmoins filtré 40 % des contestations ayant un objet médical, dont une grande partie, si les CMRA n'existaient pas, auraient été portées directement devant le juge judiciaire.

⁵⁷⁰ Voir rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2010, chapitre IX, Le fonctionnement des commissions de recours amiable dans les organismes de sécurité sociale.

⁵⁷¹ Il s'agissait des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass), dont la plupart des missions ont été réattribuées aux agences régionales de santé (ARS).

2 - Une motivation des décisions à mieux assurer

Les CRA ont l'obligation de motiver leurs décisions. Les tribunaux rencontrés par la Cour lors de son enquête font cependant état de motivations souvent marquées par des mentions peu explicites ou incomplètes. Cette situation est de nature à inciter les particuliers et les entreprises à saisir les tribunaux.

De même, une partie des tribunaux rencontrés par la Cour estiment souvent lacunaire la motivation des avis des CMRA. La Cnam attribue cette situation à l'impossibilité de mentionner dans ces avis des éléments médicaux compte tenu du secret médical. Elle a donné consigne à ces instances d'adresser dans tous les cas les rapports médicaux aux assurés et aux médecins mandatés par les employeurs.

L'ensemble⁵⁷² des organismes nationaux de sécurité sociale devraient définir de bonnes pratiques pour les services qui préparent les décisions des CRA et vérifier leur application. Il en va de même pour la Cnam s'agissant des décisions des CMRA.

3 - Des délais de décision à mieux maîtriser

Depuis celles notifiées à compter du 1^{er} janvier 2019, les CRA doivent rendre leurs décisions dans les deux mois qui suivent la réception des réclamations, contre un mois auparavant. Passé ce délai, l'intéressé peut considérer que sa demande est implicitement rejetée et porter le litige devant le tribunal compétent.

Sauf exception (CAF), le délai légal de deux mois n'est pas respecté. Dès avant la crise sanitaire, les délais moyens de traitement étaient le double de ce délai pour les CPAM au titre des AT-MP et pour les Carsat, et près du quadruple pour les Urssaf. Dès lors, les particuliers et les entreprises font souvent des recours conservatoires devant les tribunaux.

⁵⁷² L'Acoss prescrit aux Urssaf de rappeler les faits à l'origine de la demande du cotisant, la demande, les fondements juridiques de la décision de CRA et *in fine* la décision de celle-ci. Lorsque la réclamation fait suite à un redressement d'assiette, la décision de la CRA doit être motivée de manière détaillée par motif de redressement.

Tableau n° 27 : délais moyens de traitement des contestations de droit par les CRA (2016-2021, en nombre de jours)

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<i>CPAM hors AT-MP</i>	Le nombre de saisines et leur délai de traitement ne sont pas suivis par la Cnam					
<i>CPAM AT-MP</i>	130	127	126	116	135	119
<i>CAF</i>	115	128	118	120	103	66
<i>Carsat</i>	-	108	104	129	148	141
<i>Urssaf</i>	184	246	249	223	308	231

Source : Cour des comptes d'après les données des organismes nationaux du régime général

En 2021, les CRA des Urssaf n'ont respecté le délai légal que pour un recours sur cinq ; plus d'un recours sur trois a été traité en plus de six mois.

Sans qu'un texte l'ait prévu, lorsque l'assuré saisit la CRA de la Carsat, celle-ci lui adresse une lettre explicitant la décision contestée, à moins qu'elle ne corrige une erreur qu'elle a commise dans le traitement de son dossier (ce qui a été le cas pour environ 15 % des saisines de 2016 à 2020) ; si l'assuré demeure insatisfait, il doit demander par écrit que sa réclamation soit transmise à la CRA. Le délai de ce pré-examen (75 jours en moyenne en 2020) s'ajoute à ceux des CRA.

Les décisions implicites de rejet des CRA sont insuffisamment suivies : dans le cadre de son enquête, la Cour a reçu communication de données chiffrées uniquement pour la branche AT-MP et, avec une sous-estimation, pour les Urssaf. Afin de contenir le développement des pratiques de rejet implicite, la Cnam et l'Acoss suivent depuis 2021 le taux de rejet implicite. Il serait opportun que la Cnaf et la Cnav fassent de même.

L'absence de réponse de la CMRA dans un délai de quatre mois suivant la réception du recours préalable vaut décision implicite de rejet. En 2021, les rejets implicites ont représenté 8 % du nombre total de décisions défavorables aux requérants, tous risques confondus.

La maîtrise des délais de prise de décision des CRA doit constituer l'une des priorités de gestion fixés aux branches du régime général de sécurité sociale par les conventions d'objectifs et de gestion pour les années 2023 à 2027 (COG 2023-2027). Il convient que des audits soient conduits pour analyser les causes de ces délais dégradés et y apporter des solutions.

S'agissant des CMRA, les mesures prises⁵⁷³ n'ont que partiellement remédié à la difficulté de disposer d'experts médicaux. Il pourrait s'avérer nécessaire de renforcer encore les effectifs de médecins conseils affectés à ces instances (portés de 15,9 ETP en 2021 à 26 ETP en 2022), malgré leur rareté⁵⁷⁴ au sein de l'assurance maladie.

Un dispositif de reconnaissance de certaines maladies professionnelles à rapprocher des CMRA

L'enjeu du manque de ressources en expertise médicale concerne aussi les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), malgré des mesures visant à faire face à leur pénurie⁵⁷⁵.

Composés d'un médecin conseil régional de l'assurance maladie, d'un médecin inspecteur régional du travail et d'un professeur d'université-praticien hospitalier, les CRRMP peuvent être saisis par les assurés (ou leurs ayants droits s'ils sont décédés) si leur pathologie n'est pas prévue par un tableau de maladies professionnelles ou s'ils ne satisfont pas aux conditions de présomption d'imputabilité prévues par un tableau en vigueur. Compte tenu de l'explosion des demandes d'avis dont ils sont saisis (de 2 000 à la fin des années 1990 à plus de 26 000 en 2021), les CRRMP consacrent en moyenne dix minutes à chaque dossier, au détriment de son examen.

Les avis des CRRMP peuvent être contestés devant les CRA, qui, dépourvues de compétence médicale, les suivent presque toujours. S'ils sont saisis, les TJ demandent l'avis d'un autre CRRMP (plus de 1 400 demandes en 2021), qui répondait en moyenne en 276 jours en 2021.

Une voie d'évolution possible pourrait consister à confier au service médical de l'assurance maladie les missions du CRRMP. Pour sa part, la CMRA, avec le cas échéant une composition élargie, examinerait les recours précontentieux à l'encontre des décisions du service médical.

⁵⁷³ Augmentation des effectifs d'agents administratifs du service médical de l'assurance maladie affectés aux CMRA (80,4 ETP en 2021, contre 25 en 2019) ; réduction du nombre de membres de la CMRA (un médecin conseil de l'assurance maladie et un médecin expert ayant voix prépondérante en cas de désaccord, au lieu d'un médecin conseil et deux médecins experts) ; assouplissement du niveau de qualification requis des médecins experts ; dérogations aux règles de compétence territoriale afin de répartir les dossiers en fonction des ressources disponibles.

⁵⁷⁴ Entre fin 2013 et fin 2021, le nombre de médecins conseil a chuté de 2 110 à 1 728.

⁵⁷⁵ Depuis 2016, deux membres peuvent siéger pour les dossiers relevant des tableaux de maladies professionnelles. Depuis 2019, l'ingénieur conseil de l'assurance maladie est entendu facultativement. Depuis mars 2022, un médecin actif ou retraité compétent pour les pathologies professionnelles (inscrit sur une liste arrêtée par l'ARS) peut siéger au lieu du médecin du travail (leur effectif a chuté de 4 908 à 4 650 entre 2015 et 2020).

4 - Des duplications de recours amiables à remettre en cause

La succession de phases amiables obligatoires démultiplie les tâches de gestion des organismes et allonge les délais pour les requérants, sans leur fournir de garantie pour l'examen de leurs recours.

Les recours des employeurs au titre des cotisations et contributions sociales sont examinés par des instances départementales d'instruction des recours amiables (Idira), composées au sein des conseils départementaux des Urssaf. Sauf exception, les CRA des Urssaf, de ressort régional, suivent les propositions des Idira. Les redéploiements de comptes cotisants entre les sites départementaux des Urssaf régionales et entre les Urssaf rendent de moins en moins pertinent cet échelon départemental. Les Idira pourraient être supprimées en contrepartie d'un élargissement de la composition des CRA à des membres des conseils départementaux concernés par les dossiers.

Préalablement à leur soumission aux CRA des Urssaf, les travailleurs indépendants peuvent demander que leurs recours soient soumis aux CRA des instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants (Irpsti) ; les recours des cotisants qui ne formulent pas de choix sont attribués aux CRA des Irpsti. Les CRA des Urssaf sont alors tenues de suivre les avis rendus par les CRA des Irpsti, sauf décision contraire à la majorité des trois-quarts. Les délais des CRA des Irpsti s'ajoutent ainsi à ceux, très longs, des CRA des Urssaf (voir tableau n° 1 *supra*). Pour les recours relatifs aux prélèvements sociaux des indépendants, la compétence des CRA des Irpsti pourrait être supprimée moyennant l'élargissement de la composition des CRA des Urssaf, quand elles examinent des recours d'indépendants, à des membres des Irpsti.

Par ailleurs, les allocataires du RSA ne peuvent saisir le juge administratif qu'après avoir effectué un recours préalable auprès du président du conseil départemental, qui saisit pour avis la CRA de la CAF si la convention entre le conseil départemental et la CAF le prévoit. Les bénéficiaires des aides au logement ne peuvent saisir le juge administratif qu'à la suite d'un recours préalable formé auprès du directeur de la CAF, qui demande l'avis de la CRA avant de statuer. À tout le moins, les textes pourraient prévoir un recours exclusif devant la CRA pour les aides au logement, comme c'est le cas pour la prime d'activité.

B - Favoriser l'essor de la médiation

Qu'ils saisissent ou non la CRA, les particuliers et les entreprises peuvent aussi faire appel au médiateur de l'organisme de sécurité sociale concerné. Pour cela, il faut qu'ils aient fait une réclamation auprès de l'organisme et que ce dernier leur ait répondu défavorablement ou ne leur ait pas répondu. Les organismes suivent en général les avis des médiateurs, même s'ils ne sont pas contraints de le faire sur le plan juridique.

1 - Un recours croissant à la médiation

La loi Essoc a rendu obligatoire au 1^{er} janvier 2019 l'institution d'un dispositif de médiation dans les organismes de sécurité sociale. Les organismes nationaux qui ne l'avaient pas fait (Acosse et Cnaf⁵⁷⁶) ont ainsi désigné un médiateur national. Les organismes de base sans médiateur (toutes les Carsat et la plupart des Urssaf) en ont été dotés. Les médiations déjà généralisées au niveau local (CAF) ou au niveau national et local (Cnam/CPAM) ont été renforcées.

Les médiateurs formulent des avis valant recommandations. Ils font œuvre de pédagogie auprès des requérants, en se faisant les interprètes des règles de droit appliquées et échangent avec les requérants et les services des organismes afin de trouver des solutions acceptables. Sans méconnaître les règles de droit, ils prennent en compte des considérations d'équité.

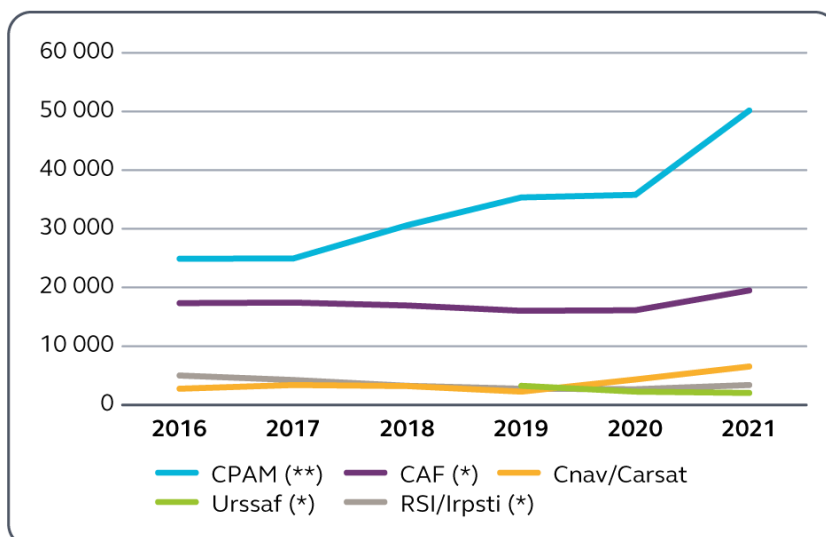
Le nombre de saisines des médiateurs des organismes du régime général de sécurité sociale est orienté à la hausse, même si des effets de périmètre conduisent à relativiser l'ampleur des augmentations pour les Carsat et les CPAM⁵⁷⁷, ou de la baisse pour les Urssaf⁵⁷⁸. De manière spécifique, la hausse des saisines des médiateurs des CAF en 2021 reflète les anomalies et incompréhensions suscitées par la réforme des aides au logement.

⁵⁷⁶ La Cnaf était dotée d'un pôle national de médiation mais pas d'un médiateur national.

⁵⁷⁷ Depuis 2020, les médiateurs des CPAM et des Carsat traitent des contestations qui relevaient auparavant de ceux de l'ex-RSI. Par ailleurs, une part importante des saisines des médiateurs des CPAM concerne les relations des assurés avec les professionnels de santé, notamment la difficulté à trouver un médecin traitant (28 % des saisines en 2021).

⁵⁷⁸ Depuis 2020, les indépendants portent leurs contestations devant les seuls médiateurs des instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants (Irpsti), alors qu'ils saisissaient parfois les médiateurs des Urssaf en 2019.

Graphique n° 33 : saisines (*) ou saisines traitées ()
 par les médiateurs (2016-2021)**



Source : Cour des comptes d'après les données des organismes nationaux du régime général
 Note : pour les années antérieures à 2019, les données des Urssaf ne sont pas recensées.

2 - Des délais et positions des médiateurs souvent plus favorables aux requérants que ceux des CRA

À la différence des contestations devant les CRA, les textes ne fixent pas de délai maximal à l'examen des réclamations par les médiateurs. Comme le montre le tableau suivant, des disparités apparaissent dans l'ambition et les résultats des branches du régime général.

Tableau n° 28 : délais d'intervention des médiateurs (2021)

	CAF	CPAM	Cnav/Carsat	Urssaf
<i>Examen de la recevabilité des saisines</i>				
Objectifs	10 jours	80 % <= 7 jours	7 jours	5 jours
Résultats	12 jours	89,5 %	Pas suivi	4 jours
<i>Réponse aux réclamations recevables</i>				
Objectifs	-	-	30 jours	30 jours (15 si urgence)
Résultats	18,5 jours	79 % <= un mois	31 jours	23 jours

Source : Cour des comptes d'après les données des organismes nationaux du régime général

Des données partielles indiquent un effet souvent favorable de la médiation pour les requérants et une fréquence réduite de recours ultérieurs devant les tribunaux.

Un rôle préventif des contentieux pour les Urssaf et les CPAM⁵⁷⁹

Le traitement des réclamations recevables par les médiateurs des Urssaf a débouché sur une réussite totale dans 85 % des cas⁵⁸⁰, une réussite partielle dans 4 %, et un échec ou une absence de suite, susceptibles de conduire à un recours devant la CRA, dans 11 % des cas. Les impacts financiers des avis favorables aux requérants ne sont pas mesurés.

Les médiateurs de l'assurance maladie ont résolu⁵⁸¹ 83,4 % des réclamations traitées pour les remboursements de frais de santé et les indemnités journalières maladie-maternité, 80,1 % de celles relatives aux droits des bénéficiaires et 82,8 % de celles portant sur les AT-MP. Les suites contentieuses faisant suite aux avis des médiateurs sont rares (1,5 %, 0,3 % et 2,9 % des réclamations traitées)⁵⁸². Les impacts financiers ne sont pas mesurés.

39 % des réclamations traitées par les médiateurs des CAF ont donné lieu à une révision du dossier, avec des impacts financiers notables (12 M€ de rappels de prestations, 1,3 M€ d'indus annulés et 1,6 M€ d'indus constatés) ; la décision de la CAF a été confirmée dans 50,6 % des cas ; 10,4 % de dossiers ont été réorientés vers d'autres services ou partenaires. Les suites contentieuses faisant suite aux avis des médiateurs ne sont pas suivies.

Selon les caisses de retraite, entre 1 % et 75 % des saisines recevables des médiateurs n'ont pas de suite, pour des raisons non précisées, et entre 1 % et 40 % des demandes de médiation échouent. Les suites contentieuses et les impacts financiers ne sont pas suivis.

⁵⁷⁹ Les données ici indiquées sont issues des bilans nationaux des médiations pour 2021.

⁵⁸⁰ Dont un peu plus de 37 % par l'apport d'explications, 21 % par le traitement d'une demande en retard, 10 % par accord amiable et 15 % par révision de la décision.

⁵⁸¹ Selon quatre modalités : l'attribution du droit ou le versement de la prestation (40,6 % pour les frais de santé et les IJ maladie-maternité, 5,6 % pour les droits des bénéficiaires et 41,8 % pour les AT-MP), une autre solution, comme un échelonnement ou une remise de dette (8,6 %, 23,6 % et 6,8 %), la révision d'une décision (5,5 %, 1 % et 3,5 %) et l'apport d'explications comprises par le requérant (28,7 %, 49,9 % et 30,7 %).

⁵⁸² Pour le solde : réorientation (6,7 %, 14,1 % et 6,3 %), désaccord persistant (4,2 %, 0,9 % et 4,7 %) ou abandon de la réclamation (4,2 %, 4,6 % et 3,3 %).

3 - Faire jouer un rôle accru aux médiateurs dans la résolution des litiges

Les organismes du régime général de sécurité sociale auraient avantage à privilégier la médiation comme mode de résolution des contestations, au regard des avantages qu'elle présente pour la qualité du service rendu aux requérants : effort de pédagogie des médiateurs, qui permet d'éteindre à la source une partie des contestations ; prise en compte par les médiateurs de considérations d'équité, par nature favorable aux requérants ; insatisfaction que peut procurer aux requérants la procédure exclusivement écrite de la CRA.

Une orientation de cette nature ne devrait pas conduire à créer une phase amiable obligatoire préalable à la saisine de la CRA, qui alourdirait les procédures et allongerait les délais préalables à la saisine du juge. Elle appellerait en revanche cinq évolutions.

Tout d'abord, il conviendrait de donner aux médiateurs des organismes nationaux de sécurité sociale un droit de regard sur le choix des médiateurs des organismes de base afin de renforcer la capacité de ces derniers à agir. Certes, selon les textes, les médiateurs des organismes de base accomplissent leur mission en toute impartialité et ne peuvent recevoir d'instructions pour le traitement des réclamations. Cependant, il s'agit de salariés de ces organismes (à moins d'être des bénévoles comme c'est le cas pour certaines Urssaf), qui sont nommés en qualité de médiateurs par leurs directeurs. Parfois, ils ne sont pas rattachés à ces derniers, mais à des responsables de rang intermédiaire. Compte tenu de la taille réduite d'un grand nombre de caisses⁵⁸³, ils exercent souvent d'autres fonctions.

En outre, il conviendrait de lever les obstacles qui peuvent demeurer à la saisine des médiateurs. Selon la loi Essoc, un usager peut saisir le médiateur de l'organisme concerné, à la double condition qu'il ait engagé une démarche préalable auprès des services de cet organisme et qu'il n'ait pas formé de recours contentieux devant un tribunal. La notion de démarche préalable n'est pas définie par un texte. Si l'Acoss, la Cnaf et la Cnam ont posé des règles souples, la Cnav ne permet pas que le médiateur soit saisi si la CRA l'a été et n'a pas encore rendu sa décision. Cette restriction apparaît contraire à la loi Essoc et devrait être levée. Dans certaines situations, les assurés qui n'ont pas obtenu de réponse à une réclamation doivent attendre jusqu'à 90 jours avant de saisir le médiateur de la caisse de retraite.

⁵⁸³ Les CPAM ont un ressort départemental ou infra-départemental (Nord, Pas-de-Calais, Pyrénées Atlantiques et Seine maritime) et les CAF un ressort départemental.

Par ailleurs, il conviendrait de mieux préserver les délais de recours devant la CRA des particuliers et des entreprises qui saisissent un médiateur. Certes, les textes prévoient que la saisine du médiateur suspend le délai de saisine de la CRA jusqu'à ce que le médiateur ait rendu son avis. Cependant, les requérants déposent souvent des recours conservatoires devant les CRA dans l'attente de ces avis : d'une part, le délai maximal de deux mois pour saisir la CRA a commencé à courir ; d'autre part, le directeur de l'organisme concerné n'est pas obligé de suivre l'avis du médiateur. Les textes devraient prévoir que lorsque le médiateur a été saisi, le délai de recours de deux mois devant la CRA est interrompu et repart intégralement à compter de la notification par l'organisme au requérant des suites données à l'avis du médiateur.

Il conviendrait aussi que lorsque le requérant saisit à la fois le médiateur et la CRA, et que la CRA ne s'est pas encore prononcée, priorité soit donnée à une résolution amiable de la contestation par le médiateur ; c'est déjà la consigne que donnent l'Acoss aux Urssaf et la Cnaf aux CAF. En revanche, sauf à disposer d'informations ou de documents nouveaux, le médiateur ne devrait pas rendre d'avis qui s'écarte de la décision rendue par la CRA, celle-ci étant l'émanation de l'organe délibérant de l'organisme concerné. Or, contrairement aux autres organismes nationaux du régime général, la Cnav admet que l'avis du médiateur puisse prévaloir sur la décision de la CRA s'il estime - autrement dit si les services de l'organisme estiment - qu'elle a mal interprété les règles de droit.

Enfin et surtout, il conviendrait que les organismes du régime général de sécurité sociale mentionnent expressément, dans les notifications de décisions défavorables, la possibilité pour leurs destinataires de saisir non seulement la CRA, comme c'est déjà systématiquement le cas aujourd'hui, mais aussi le médiateur.

C - Mieux outiller la gestion des litiges pour en améliorer les résultats

1 - Un rôle d'appui des organismes nationaux parfois à renforcer

L'Acoss, la Cnam et la Cnav décident ou influencent les décisions de pourvoi en cassation des organismes de base de leurs réseaux afin de coordonner les actions introduites, d'harmoniser les argumentaires à soutenir et de prévenir des décisions défavorables de la Cour de cassation, susceptibles de faire jurisprudence et de porter atteinte à leurs intérêts.

Le contrôle des organismes nationaux sur les pourvois en cassation

Depuis 2004, les Urssaf doivent demander à l'Acoss l'autorisation de se pourvoir en cassation (172 demandes validées en 2020).

Les CPAM doivent consulter la Cnam depuis 2016 sur l'opportunité de se pourvoir en cassation (près de 280 consultations par an entre 2016 et 2020). La Cnam cible cette obligation sur les enjeux juridiques (question nouvelle, contentieux en série, opportunité jurisprudentielle), d'image, organisationnels, financiers ou de santé. Les CPAM doivent informer la Cnam si elles ne suivent pas son avis, ce qui se produit rarement.

Sans texte particulier, les Carsat alertent la Cnav sur l'ensemble des pourvois en cassation qu'elles entendent effectuer ; les positions de la Cnav (227 entre 2016 et 2020) ne les lient pas, mais sont majoritairement suivies.

En revanche, chaque CAF apprécie seule l'opportunité d'un pourvoi, la Cnaf concourant parfois à l'analyse des moyens dudit pourvoi. De manière générale, le soutien apporté par la Cnaf aux CAF apparaît insuffisant. À l'attention des CAF, elle n'effectue pas de veille juridique, n'a pas encore formalisé de dispositif d'alerte des contentieux émergents, ne met pas à disposition une base juridique nationale et ne propose pas d'argumentaires-type par thème.

Par ailleurs, les organismes de base n'ont pas l'obligation de consulter les organismes nationaux sur leur intention d'interjeter ou de ne pas interjeter appel, alors que les arrêts de cour d'appel peuvent faire jurisprudence⁵⁸⁴.

2 - Mettre à niveau les outils et les données de gestion

L'informatisation du traitement des contestations n'a pas été jusqu'ici une priorité des branches du régime général de sécurité sociale. Les constats critiques portés par la Cour dans le cadre de la certification des comptes des branches en question ont contribué à la mise en place tardive d'outils nationaux de pilotage des activités précontentieuses et contentieuses⁵⁸⁵ et de gestion des contestations⁵⁸⁶.

⁵⁸⁴ L'observatoire des contentieux AT-MP mis en place par la Cnam couvre cependant les décisions des TJ et cours d'appel pour certains domaines.

⁵⁸⁵ Depuis 2011, les Urssaf recensent leurs litiges dans une base nationale (*Recours*) à des fins de pilotage de cette activité et de calcul des provisions comptables. Les fonctionnalités de cette application comportent de nombreuses lacunes.

⁵⁸⁶ Engagé en 2018, le déploiement d'un outil national de gestion (ONGC) à l'ensemble des CPAM, qui a pour objet de mettre fin à une gestion dans le cadre d'outils et de tableurs disparates, doit aboutir au cours de cette année, alors qu'il était prévu pour 2015. Il s'est accompagné de l'interruption transitoire du recensement de certaines données entre 2019 et 2021 (notamment, les nombres de contestations devant les CRA et les tribunaux hors AT-MP).

À l'heure actuelle, des données essentielles relatives aux nombres, montants, délais et résultats des contestations font défaut à des degrés variables selon les branches au plan national, à défaut d'être produites par les applications nationales, requêtées par les organismes nationaux sur ces dernières ou bien recensées auprès des organismes locaux.

Ainsi, les montants objet des contestations devant les CRA sont connus seulement pour les Urssaf (775 M€ pour les saisines en 2021) et les CPAM, pour les seuls recours non médicaux hors AT-MP (20 M€ en 2021). Les montants contestés devant les tribunaux sont connus seulement pour les Urssaf (3,9 Md€ en 2021). Pour les besoins de l'enquête de la Cour, la Cnaf a estimé les montants contestés devant les CRA et les tribunaux (4,8 M€ en 2020), à partir de réponses non exhaustives des CAF à un questionnaire qu'elle leur a adressé.

Les COG 2023-2027 des branches du régime général ont vocation à prévoir les budgets informatiques à même de doter les organismes de sécurité sociale de l'ensemble des données, par dossier et agrégées, indispensables à une gestion mieux informée et plus efficiente des recours devant les CRA et les tribunaux. À cette fin, il convient notamment qu'un litige puisse être suivi de bout en bout, sous un même identifiant, du recours amiable jusqu'au dernier recours contentieux.

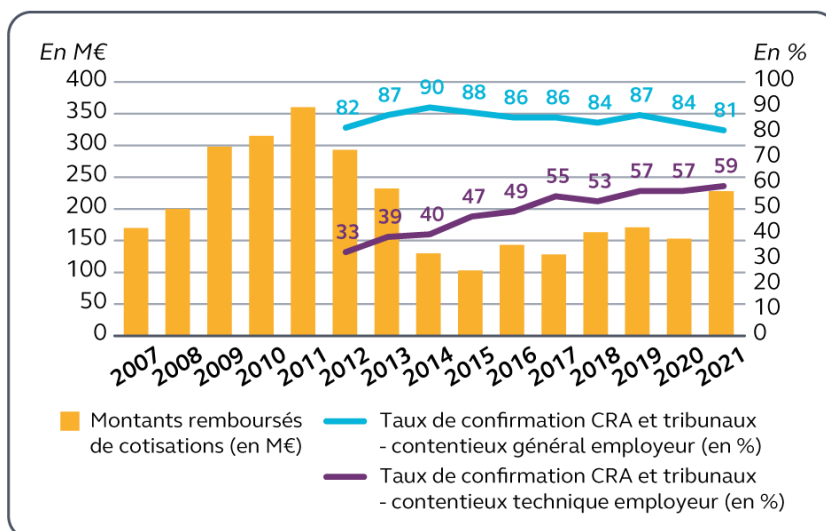
3 - Mieux maîtriser le risque de dénouement défavorable des litiges

Malgré les lacunes des systèmes d'information, la direction des risques professionnels de la Cnam suit les taux de confirmation par les CRA et les tribunaux des décisions des CPAM et le montant des remboursements de cotisations⁵⁸⁷ faisant suite au dénouement des recours amiables et contentieux dans un sens défavorable à la branche AT-MP.

Les résultats de la gestion de la reconnaissance des AT-MP et des contestations se sont améliorés. Néanmoins, sur la dernière période, ils stagnent ou se dégradent, comme le montre le graphique suivant.

⁵⁸⁷ Le coût des remboursements ne diminue pas les ressources de la branche car il est intégré à une majoration nationale uniforme (M2) des taux de cotisation. Il réduit cependant la part des cotisations calculées par secteur d'activité ou entreprise, au détriment de l'incitation à la prévention des risques professionnels et contribue à déporter le financement de la branche des grandes entreprises vers les petites.

Graphique n° 34 : principaux résultats de la branche AT-MP en matière de contestations (2007-2021)



Source : Cour des comptes d'après les données de la Cnam-DRP

Ce constat invite à porter l'attention sur des données plus fines, comme les taux de confirmation par les seuls tribunaux, qui ont chuté pour le contentieux « technique » de 73 % en 2018 à 49 % en 2021, ce que ne montrent pas les données trop agrégées du graphique précédent. Il appelle aussi à en suivre de nouvelles, comme les parts respectives des motifs, soit de procédure, soit de fond qui ont conduit à des décisions défavorables aux organismes, ainsi que les montants remboursés. C'est d'autant plus nécessaire que les requérants invoquent à nouveau de manière croissante des motifs de procédure pour contester des décisions.

Pour sa part, à l'exception des vingt plus gros litiges et des contentieux en série portant sur de mêmes motifs, l'Acoss ne suit pas les montants de prélèvements sociaux perdus à la suite de contestations gagnées par les cotisants devant les CRA et les tribunaux, ni le détail des motifs de fond et de procédure au titre desquels ces pertes sont intervenues.

Les montants de prestations versées à la suite de décisions des CRA et des tribunaux favorables aux assurés ne sont pas non plus suivis par les caisses nationales du régime général, alors qu'ils pourraient être notables.

Les COG 2023-2027 des branches les plus concernées du régime général de sécurité sociale (recouvrement, AT-MP et maladie) auraient vocation à intégrer des objectifs chiffrés de réduction des fréquences et des montants de contestations perdues devant les CRA et les tribunaux, pour des motifs de procédure ou de fond.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La loi de modernisation de la justice de 2016 a porté l'ambition d'une justice judiciaire de plein exercice pour les contentieux de la sécurité sociale. Le succès de cette réforme dépend désormais de la capacité de l'institution judiciaire à réduire les délais de jugement qui se sont aggravés. Pour sa part, la loi Essoc a favorisé le développement de la médiation interne aux organismes de sécurité sociale. Sauf exception (Cnaf), les organismes nationaux de sécurité sociale ont effectué des progrès notables dans l'organisation des activités contentieuses de leurs branches respectives. Leur portée est cependant amoindrie par des outils informatiques insuffisamment performants.

De nouvelles avancées sont à réaliser afin de rendre la justice plus accessible aux particuliers, d'améliorer les conditions d'exercice de leurs droits par les requérants devant les tribunaux, d'accélérer le traitement des recours amiables devant précéder la saisine éventuelle du juge et de privilégier les modalités de résolution amiable des contestations les plus adaptées à l'objet des demandes des requérants.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 39. effectuer une étude d'impact détaillée d'un transfert du juge administratif au juge judiciaire des contentieux dits de l'aide sociale, destiné à faciliter pour les particuliers l'accès à la justice (ministère de la justice) ;*
 - 40. instaurer une représentation obligatoire des requérants, particuliers et entreprises, par un avocat ou une association de leur choix devant les chambres sociales des cours d'appel qui traitent des contentieux de la sécurité sociale (ministère de la justice) ;*
 - 41. accroître la place de la médiation dans la résolution des contestations à l'encontre des décisions des organismes du régime général, en intégrant progressivement à l'ensemble des notifications de décisions défavorables la mention de la possibilité de saisir le médiateur (ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion, ministère de la santé et de la prévention, ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, Acoiss, Cnaf, Cnam, Cnav) ;*
 - 42. accélérer les délais de traitement des recours par les commissions de recours amiable des Urssaf, en supprimant l'intervention préalable des instances départementales d'instruction des recours amiables et des commissions des instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants (ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique).*
-

Liste des abréviations

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACI	Accord conventionnel interprofessionnel
Acoss.....	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACS.....	Aide au paiement d'une complémentaire santé
AEEH.....	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
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
ANSP	Agence nationale de santé publique
AP-HP.....	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
API.....	Interface de programmation d'application
Arrco	Association des régimes de retraite complémentaire
ARS	Agence régionale de santé
ARS.....	Allocation de rentrée scolaire
ASI.....	Allocation supplémentaire d'invalidité
ASF.....	Allocation de soutien familial
ASS.....	Allocation de solidarité spécifique
Aspa	Allocation de solidarité aux personnes âgées
Atih	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AT-MP	Accidents du travail - maladies professionnelles
AVMF.....	Assurance vieillesse des mères au foyer
AVPF	Assurance vieillesse des parents au foyer
C2S	Complémentaire santé solidaire
Cades.....	Caisse d'amortissement de la sécurité sociale
CAF.....	Caisse d'allocations familiales

CANSSM.....	Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines
Carsat	Caisse d'assurance retraite et de sécurité au travail
Cavimac	Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CCSS	Commission des comptes de la sécurité sociale
CDC	Caisse des dépôts et consignations
CDD	Contrat à durée déterminée
Cemlim	Commission des équipements lourds d'imagerie médicale
CH.....	Centre hospitalier
Cipav.....	Caisse interprofessionnel de prévoyance et d'assurance vieillesse
CLCC.....	Centre de lutte contre le cancer
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMG	Complément de libre choix du mode de garde
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
Cnieg	Caisse nationale des industries électriques et gazières
CNMSS	Caisse nationale militaire de sécurité sociale
Cnom.....	Conseil national de l'ordre des médecins
CNPO.....	Conseil national professionnel d'oncologie
CNRACL	Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
Cofrac	Comité français d'accréditation
COR	Conseil des orientations des retraites
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

CPSTI	Conseil de la protection sociale des indépendants
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
Dares	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
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
EAJE	Établissement d'accueil du jeune enfant
ECP	European commercial paper
Ehpad	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
Enim	Établissement national des invalides de la marine
Esat	Établissements et services d'aide par le travail
ESMS	Établissements et services médico-sociaux
ETP	Équivalent temps plein
FATIACL	Fonds de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales
Fcat	Fonds commun des accidents du travail
Fcata	Fonds commun des accidents du travail agricole
FHF	Fédération hospitalière de France
Fnas	Fonds national d'action sociale
FNMR	Fédération nationale des médecins radiologues
FIR	Fonds d'intervention régional

Finess	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
Fmis	Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé
FMT	Forfait médecin traitant
FPH	Fonction publique hospitalière
FPT	Fonction publique territoriale
FPMT	Forfait patientèle médecin traitant
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
FTPM.....	Forfait technique et de physique médicale
GCS.....	Groupement de coopération sanitaire
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GIE.....	Groupement d'intérêt économique
GIP	Groupement d'intérêt public
GNSR.....	Groupe national de suivi de la radiothérapie
Gonaf	Groupes nationaux antifraudes
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HAD.....	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
HCEFA	Haut conseil de l'enfance, de la famille et de l'âge
HCN.....	Haut conseil des nomenclatures
IEG.....	Industries électriques et gazières
Igas.....	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
Inca	Institut national du cancer
Ircantec.....	Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques
Irpsti.....	Instance régionale de la protection sociale des travailleurs indépendants
Itaf.....	Impôts et taxes affectés
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LPFP	Loi de programmation des finances publiques
M€.....	Million d'euros

Micaf.....	Mission interministérielle de coordination antifraude
MCO	Médecine-chirurgie-obstétrique
Md€.....	Milliard d'euros
MDA	Majoration de durée d'assurance
MSA.....	Mutualité sociale agricole
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
NIR	Numéro d'identification au répertoire
OC.....	Organisme conventionné
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OGD.....	Objectif global de dépenses médico-sociales
Ondam.....	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
OPCVM	Organisme de placement collectif en valeur mobilière
PCG.....	Plan comptable général
PIB	Produit intérieur brut
PL.....	Professions libérales
PLF	Projet de loi de finances
PLFR.....	Projet de loi de finances rectificative
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMSI.....	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PPV	Prime de partage de la valeur
PreParE	Prestation partagée d'éducation de l'enfant
PU-PH.....	Professeur des universités-Praticien hospitalier
Puma	Protection universelle maladie
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
Repss.....	Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale
RG.....	Régime général
RGCU	Répertoire de gestion des carrières unique
RGPD.....	Référentiel général sur la protection des données

RIA	Rapport infra-annuel
RMT	Rémunération médecin traitant
RNCPS.....	Répertoire national commun de la protection sociale
Robss.....	Régime obligatoire de base de sécurité sociale
Rosp	Rémunération sur objectifs de santé publique
RPPS	Registre partagé des professionnels intervenant dans le système de santé
RSA.....	Revenu de solidarité active
RSI	Régime social des indépendants
SAS	Société par actions simplifiée
Sasu.....	Société par action simplifiée unipersonnelle
SARL	Société à responsabilité personnelle
Smic	Salaire minimum de croissance
SMPT	Salaire moyen par tête
SMS	Short message system
SNCF	Société nationale des chemins de fer français
SNGI	Système national de gestion des identifiants
SNLFE	Service national de lutte contre la fraude à enjeux de la Cnaf
Spasad	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SPF.....	Santé publique France
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarifification à l'activité
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
Uncam.....	Union nationale des caisses d'assurance maladie
Ucanss.....	Union des caisses nationales de sécurité sociale
Urssaf	Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales