

Cour des comptes



FINANCES ET COMPTES PUBLICS

LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

Octobre 2022

Sommaire

Procédures et méthodes	9
Délibéré	13
Récapitulatif des recommandations	15
Introduction générale	21
Première partie Une situation financière dégradée, un redressement à engager	29
Chapitre I La situation financière de la sécurité sociale : un redressement sous contraintes, mais nécessaire	31
I - Un redressement limité des finances sociales en 2021	33
A - Un déficit toujours élevé	33
B - Le rebond des recettes	35
C - Une hausse rapide des dépenses imputable aux effets de la crise sanitaire et au Ségur de la santé	38
II - En 2022, une poursuite de la réduction du déficit grâce à la seule dynamique des recettes	52
A - Un surcroît de recettes malgré une modification marquée de l'environnement conjoncturel	52
B - Un important volume de dépenses supplémentaires	54
C - Une baisse limitée du déficit en 2022, hors dépenses liées à la crise sanitaire	56
III - La nécessité d'un retour effectif de la sécurité sociale à l'équilibre financier	58
A - Une réduction précaire du déficit en 2023 suivie d'une dégradation à partir de 2024 potentiellement sous-estimée	58
B - Un risque d'augmentation continue de la dette sociale à prévenir	63
C - Des réformes nécessaires	67
Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial de la sécurité sociale pour l'exercice 2021	75
I - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre pour l'exercice 2021	77
A - Les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2021	78
B - Avis de la Cour	80
C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour	82

II - Avis de la Cour sur la cohérence du tableau patrimonial au 31 décembre 2021	87
A - Le tableau patrimonial au 31 décembre 2021	88
B - Avis de la Cour	94
C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour	98
Chapitre II Le financement de la sécurité sociale : des règles à clarifier et à stabiliser	105
I - Une architecture financière qui a perdu en cohérence	107
A - Un financement des dépenses par cotisations ou par impôts devenu sans logique claire	107
B - Des circuits de financement peu lisibles et instables	116
II - Améliorer la lisibilité et le pilotage des comptes sociaux	121
A - Clarifier et simplifier les circuits de financement	121
B - Redéfinir les conditions du pilotage financier des branches selon la nature de leurs prestations	126
Chapitre III Les conventions entre les professionnels de santé de ville et l'assurance maladie : une contribution à l'efficience des dépenses à renforcer	133
I - Une prise en compte encore limitée des enjeux de maîtrise des dépenses	136
A - Un suivi imprécis de la contribution des mesures conventionnelles à la croissance des dépenses d'assurance maladie	136
B - Des dispositifs conventionnels de régulation des dépenses circonscrits et peu répandus	138
C - Un encadrement financier à renforcer	138
II - L'investissement financier en faveur de l'accès aux soins et de la coordination des soins : des résultats trop limités	141
A - Des modèles de rémunération à réorienter	141
B - Des contreparties aux incitations financières à renforcer	147
III - Le cadre conventionnel, des évolutions nécessaires	152
A - Un élargissement continu des sujets conventionnels	153
B - Une activité foisonnante, sans stratégie d'ensemble	154
C - Un ordonnancement conventionnel à simplifier	157
Deuxième partie Des réformes nécessaires, des enjeux à mieux prendre en compte	163
Chapitre IV L'imagerie médicale : des évolutions en cours, des réformes indispensables	165
I - Une activité en développement	167
A - Des évolutions multiples	167
B - Un développement sous contrainte	172

II - Des mesures insuffisantes pour garantir l'efficacité des dépenses	178
A - Une relance nécessaire des actions de maîtrise des volumes d'actes d'imagerie.....	178
B - Une régulation tarifaire peu pratiquée	180
C - Un cadre de régulation des dépenses à renforcer	183
Chapitre V La radiothérapie : une offre dynamique à mieux réguler	189
I - Une offre de soins dynamique et très encadrée en matière de qualité et de sécurité	191
A - Des progrès techniques à l'origine d'une modernisation du parc et des pratiques	191
B - Des soins spécialisés et très encadrés	194
II - Un cadre tarifaire inadapté	197
A - Des dépenses en forte hausse du fait notamment des règles et des pratiques tarifaires	197
B - Les effets d'une tarification inadaptée sur l'innovation et l'attractivité.....	201
III - Un cadre de financement et de régulation à réformer	203
A - Une réforme de la tarification à mener à son terme	204
B - Un pilotage national et régional à renforcer	205
C - Un cadre de gestion des innovations à rénover	209
Chapitre VI Les enjeux de la maîtrise des risques professionnels dans les établissements et services pour personnes âgées et personnes en situation de handicap	215
I - Malgré les difficultés statistiques, une fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles hors norme	217
A - Une connaissance du risque incomplète et hétérogène	217
B - Une sinistralité très élevée et en forte détérioration	221
C - Des risques concentrés sur quatre catégories de structures médico- sociales	225
II - La prévention des risques professionnels, un enjeu essentiel pour l'attractivité du secteur médico-social et sa qualité de service	227
A - Des organisations de travail déstabilisées, des professionnels exposés à des risques multiples	227
B - Tarifier le risque AT-MP des structures médico-sociales en fonction de leur sinistralité.....	233
C - Faire de la maîtrise des risques professionnels dans les ESMS une priorité nationale	234
Chapitre VII Les droits familiaux de retraite : des dispositifs à simplifier et à harmoniser	241
I - Des droits non contributifs représentant 20 Md€, méconnus et de gestion complexe	243
A - Trois dispositifs principaux	243
B - Des dépenses en augmentation	246
C - Des dispositifs mal connus et lourds à gérer	249

II - Des droits à redéfinir.....	251
A - Des effets croissants sur les pensions mais très hétérogènes	251
B - Un objectif central à réaffirmer, des simplifications et une harmonisation à rechercher	254
C - Des aménagements ou une refonte d'ensemble	258
Troisième partie Des mesures récentes au bilan contrasté.....	265
Chapitre VIII La prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) : des objectifs inégalement atteints, une cohérence à restaurer	267
I - Un dispositif complexe, des dépenses en baisse.....	269
A - Des prestations juxtaposées aux objectifs différents.....	269
B - Une baisse continue des montants versés, des effets redistributifs limités.....	274
II - Une indemnisation du congé parental à réformer, un soutien financier pour la garde externe à ajuster	279
A - L'indemnisation de la suspension d'activité par la Prépare : une réforme en échec	279
B - Le complément de libre choix du mode de garde : des ajustements nécessaires	286
Chapitre IX Les prestations sociales versées en fonction des ressources de leurs bénéficiaires : simplifier pour mieux gérer	293
I - Des règles complexes, sources de lourdeurs de gestion et d'erreurs	295
A - Des bases-ressources des prestations sociales hétérogènes et complexes	295
B - Un système déclaratif lourd pour les bénéficiaires comme pour les organismes sociaux	298
C - Un paiement à bon droit des prestations imparfaitement assuré	300
II - Des possibilités nouvelles, un effort nécessaire de simplification	303
A - Une première utilisation du DRM marquée par des difficultés.....	305
B - Utiliser le DRM à bon escient selon les prestations.....	311
C - Parallèlement à l'utilisation du DRM, des simplifications nécessaires	316
Chapitre X La protection sociale des travailleurs indépendants à la suite de la suppression du RSI : des objectifs globalement atteints, de nouvelles évolutions à envisager	323
I - Une intégration globalement réussie des activités du RSI au régime général.....	325
A - Une réorganisation de grande ampleur	325
B - Une réforme menée sans heurt notable grâce des prérequis bien définis	328
II - Des progrès de gestion qui ouvrent la perspective de nouvelles intégrations.....	332
A - Un service aux indépendants globalement renforcé.....	332
B - Des économies de frais de gestion	338
C - Étendre les missions du régime général à la gestion d'autres régimes de travailleurs indépendants.....	339

III - D'autres chantiers majeurs à engager	342
A - Normaliser le recouvrement des prélèvements	343
B - Continuer à simplifier les prélèvements sociaux.....	346
C - Poursuivre le rapprochement des prestations et des prélèvements des indépendants relevant du régime général avec ceux des salariés.....	348
Liste des abréviations	355
Réponses des administrations et organismes concernés	363

Procédures et méthodes

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

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

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

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

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

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

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

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

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 M. Morin, président de chambre, et composée de MM. Diricq, Viola, Machard, Rabaté, de la Guéronnière, Colcombet, Fulachier, Appia, Mmes Hamayon, Mondoloni, MM. Feltesse, Chastenet de Géry, Seiller, Burckel, Fourier, conseillers maîtres et M. Guégano, conseiller maître en service extraordinaire.

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

Le projet de rapport a été délibéré par la sixième chambre de la Cour les 18 et 27 janvier, 16 et 17 février, 14, 15 et 24 mars, 5, 7, 14 et 20 avril, 4, 5, 17 et 19 mai, 23 juin 2022.

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

- en tant que contre-rapporteurs, par MM. de la Guéronnière, Viola et Appia, Mmes Hamayon et Mondoloni, conseillers maîtres ;
- en tant que rapporteurs, par MM. Colcombet, Fulachier, Appia, Feltesse, Burckel et Bizeul, conseillers maîtres, M. Guégano, conseiller maître en service extraordinaire, Mme Delpech et M. Bouricha, conseillers référendaires, MM. Gallée, Bras, Samyn, Chevrier, Lavastre, Causse, Vacchino, Mmes Bascoul, Burkhardt et Chabbert, conseillers référendaires en service extraordinaire, M. Perrin et Mme Terrasse, auditeurs, avec le concours de Mme Aghoyan, MM. Dardigna et Dupouy, experts de certification, Mme Catherine, MM. Boulen, Dejean, Picard et Charre, vérificateurs.

Le projet de rapport a été examiné et approuvé le 8 juin et le 12 juillet 2022 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, Mme Camby, rapporteure générale du comité, MM. Morin, Andréani, Mme Podeur, MM. Charpy, Gautier, Mme Démier, M. Bertucci présidents de chambre, Mmes Bergogne et Renet, MM. Martin, Meddah, Lejeune et Advielle, présidents de chambre régionale des comptes, Mme Hirsch, Procureure générale, entendue en ses avis.

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour des comptes et des autres juridictions financières : www.ccomptes.fr. Ils sont diffusés par La Documentation française.

Délibéré

La Cour des comptes, délibérant en chambre du conseil en formation ordinaire a adopté le 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. Andréani, Mme Podeur, M. Charpy, Mmes Camby, Démier, M. Bertucci, Mme Hamayon, présidents de chambre, M. Tournier, doyen des présidents de section de la troisième chambre, MM. Courtois, Lefebvre, Le Méné, Viola, Le Mer, Albertini, Mmes Périn, Bouzanne des Mazery, Coudurier, M. Appia, Mmes Mattei, Mondoloni, Riou-Canals, M. Sitbon, Mme Roche, MM. Mairal, Savy, Hervio, Turenne, conseillers maîtres, M. Bouvier, Mme Prost, M. Brottes, conseillers maîtres en service extraordinaire, Mme Renet, présidente de chambre régionale des comptes.

Ont été entendus :

- en sa présentation, Mme Hamayon présidente de la chambre chargée des travaux sur lesquels le rapport est fondé et la préparation du rapport ;
- en son rapport, Mme Camby, rapporteure générale, rapporteure du projet devant la chambre du conseil, assistée de M. Seiller, conseiller maître, rapporteur général et de M. Perrin, auditeur, rapporteur général adjoint de ce rapport devant la chambre chargée de le préparer ;
- en ses observations orales, sans avoir pris part au délibéré, M. Barichard, premier avocat général, accompagné de M. Slama, substitut général.

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

Fait à la Cour, le 20 septembre 2022.

Récapitulatif des recommandations

1. Clarifier les finalités du financement de la sécurité sociale par la voie d'impôts, en réaffectant à l'état ceux qui n'ont pas de liens avec ses missions, hormis la TVA, et compenser la perte de recettes correspondante par une augmentation de la part de la TVA affectée à la sécurité sociale (*ministères chargés de la sécurité sociale, de l'économie et du budget*) ;
2. Simplifier le financement des droits non contributifs de retraite, en supprimant le FSV et les transferts de la branche famille et en mettant les dépenses correspondantes à la charge de sections comptables spécifiques des régimes de retraite, financées par des impôts affectés ; alternativement, centraliser leur financement à la Cnav, également par la voie d'impôts affectés (*ministères chargés de la sécurité sociale, de l'économie et du budget*) ;
3. Délimiter l'objet du financement de la branche famille par cotisations patronales, en ajustant le niveau de celui-ci à hauteur des dépenses visant à concilier vies familiale et professionnelle, transférer l'excédent de cotisations résultant de cet ajustement à la branche vieillesse ou bien au financement des prestations en espèces maladie et réaffecter à due concurrence à la branche famille des impôts finançant ces branches ; regrouper le financement des congés maternité et paternité dans une seule et même branche (famille, ou bien maladie) (*ministères chargés de la sécurité sociale, de l'économie et du budget*) ;
4. Piloter dans les lois de financement de la sécurité sociale la trajectoire financière des branches universelles (maladie hors prestations en espèces, famille et autonomie), en répartissant entre elles le montant total des recettes prévisionnelles (impôts et taxes et cotisations spécifiquement affectés aux branches, complétés par des fractions de CSG et de TVA modulées par branche) de manière proportionnelle aux objectifs de dépenses qui leur sont fixés (*ministères chargés de la sécurité sociale, de l'économie et du budget*) ;

5. Définir une stratégie pluriannuelle de négociations conventionnelles, conformément aux objectifs de coordination et de gradation des soins fixés par la stratégie nationale de santé, et ajuster à cet effet le cadre législatif et réglementaire (*ministère chargé de la santé et des affaires sociales, Cnam*) ;
6. Rénover l'architecture conventionnelle en supprimant l'accord-cadre interprofessionnel, en concluant des accords conventionnels interprofessionnels entre deux ou trois professions et en recentrant les conventions professionnelles sur les seules spécificités des professions (*ministère chargé de la santé et des affaires sociales, Cnam*) ;
7. Systématiser l'élaboration des lettres ministérielles d'orientation adressées au directeur général de l'Uncam, et renforcer les pouvoirs de régulation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale (*ministère chargé de la santé et des affaires sociales*) ;
8. Rendre publics, à l'issue des négociations, les objectifs pluriannuels de dépenses par convention ; mettre en place un suivi régulier du coût détaillé et complet de chaque convention (*ministère chargé de la santé et des affaires sociales, Cnam*) ;
9. Accroître la part forfaitaire de la rémunération des médecins généralistes ; introduire une part forfaitaire dans la rémunération des autres professions, ou accroître son niveau (*ministère chargé de la santé et des affaires sociales, Cnam*) ;
10. Doter les ARS d'outils de suivi du taux d'utilisation des équipements, des volumes produits et des délais d'attente pour accéder aux plateaux d'imagerie lourde, en imposant à leurs exploitants la production de ces informations, dont le contenu aura été défini au préalable au niveau national (*ministère chargé de la santé*) ; Prévoir dans un futur vecteur législatif la participation des radiologues libéraux à la permanence des soins ; dans le cadre des prochains projets régionaux de santé, garantir leur participation effective à cette permanence (*ministère chargé de la santé*) ;
11. Prévoir dans un futur vecteur législatif la participation des radiologues libéraux à la permanence des soins ; dans le cadre des prochains projets régionaux de santé, garantir leur participation effective à cette permanence (*ministère chargé de la santé*) ;
12. Objectiver les charges que les forfaits techniques ont pour objet de couvrir et mettre en place dans les applications de l'assurance maladie un système assurant le comptage du nombre de ces forfaits facturés au cours de l'exercice (*ministère chargé de la santé, Cnam*) ;

13. Amplifier les travaux de définition de référentiels de pertinence des soins en imagerie et mettre en place, sur leur fondement, des actions de gestion du risque (*Cnam, HAS*) ;
14. Engager des négociations avec les représentants des radiologues en vue de la conclusion d'un protocole prix/volumes fixant, sur plusieurs années, une enveloppe de dépenses en imagerie diagnostique compatible avec une trajectoire de retour à l'équilibre des comptes de la branche maladie ; étendre ce mode de régulation aux autres professionnels de santé pratiquant des échographies (*Cnam*) ;
15. Appliquer les mêmes exigences en matière d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins, de recueil de l'activité et de connaissance de la structure des coûts, à tous les services de radiothérapie titulaires ou bénéficiaires d'une autorisation de soins, quel que soit leur statut ; à défaut, engager la transformation des cabinets libéraux exerçant la radiothérapie en établissement de santé¹, dans un délai compatible avec la mise en œuvre de la réforme de financement à compter de 2024 (*ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale, Cnam*) ;
16. Publier l'arrêté relatif à l'obligation d'audit clinique par les pairs et étendre les visites de certification à tout détenteur de l'autorisation de soins de radiothérapie, quel que soit son statut (*ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale*) ;
17. Mettre en œuvre la réforme de la tarification au plus tard le 1^{er} janvier 2024, sur une base unique de recueil de l'activité et en corrigeant les règles de facturation en cas de réalisation d'une activité libérale en établissement de santé (*ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale, Cnam*) ;
18. Définir des indicateurs nationaux de qualité et construire un outil d'évaluation de l'adéquation de l'offre aux besoins des territoires, à partir des recommandations de bonnes pratiques des sociétés savantes (*Inca, HAS*), afin, notamment de permettre aux ARS d'établir des diagnostics de territoire et de mieux piloter l'offre (*ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale, Inca, HAS*) ;
19. Expérimenter une procédure d'autorisation temporaire, limitée dans le temps, des techniques et pratiques innovantes en radiothérapie

¹ Une telle évolution a été envisagée à plusieurs reprises par le ministère de la santé ou par la Cnam, qui en avait notamment fait la proposition dans son rapport *Charges et produits* de juillet 2016.

conditionnée par un suivi des situations cliniques (*ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale, Inca, HAS, ASN, ANSM*) ;

20. Publier l'arrêté rendant obligatoire pour les employeurs publics la déclaration des accidents de service et maladies professionnelles à la CNRACL, ainsi qu'à la Cnam afin de faciliter la coordination de la prévention des risques professionnels dans l'ensemble du secteur médico-social (*ministère chargé de la santé et des affaires sociales, DGAFP, DGCL, CNRACL*) ;
21. Élaborer des indicateurs de ratios de personnels soignants requis dans les ESMS et rendre obligatoire la publication pour chaque établissement du niveau atteint par ces indicateurs (*ministère chargé de la santé et des affaires sociales, CNSA*)² ;
22. Structurer dans le cadre des CPOM une politique régionale de maîtrise du risque professionnel dans les ESMS publics et privés (*ministère chargé de la santé et des affaires sociales, ministère chargé du travail, ARS, CNSA, Cnam, CNRACL*) ;
23. Mettre en place progressivement une tarification AT-MP tenant compte du niveau de risque par catégorie d'ESMS et, le cas échéant, par établissement (*ministère chargé de la santé et des affaires sociales, Cnam*) ;
24. Élaborer des recommandations sur la prévention et la santé au travail des aides-soignants, accompagnants éducatifs et sociaux, et leurs faisant fonction, exerçant dans les ESMS (*ministère chargé de la santé et des affaires sociales, Cnam, Anact, société française de médecine du travail*) ;
25. Étudier, en évaluant son impact financier, la possibilité de ne faire porter la condition d'affiliation de deux ans minimum à un régime d'assurance vieillesse pour l'octroi de la MDA au titre de l'éducation que sur le seul parent bénéficiaire de ce droit individuel (*ministère chargé de la sécurité sociale*) ;
26. Afin de simplifier l'accès aux droits, établir par voie réglementaire une liste exhaustive des justificatifs de la condition d'éducation et de charge des enfants, lorsque cette condition est exigée pour bénéficier de la majoration de pension pour parents d'au moins trois enfants (*ministère chargé de la sécurité sociale*) ;

² Cf. recommandation n° 9 du rapport de la Cour des comptes, « La prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad : un nouveau modèle à construire », février 2022.

27. Conduire à son terme le projet de constitution d'une base de données relatives aux enfants dans le répertoire de gestion des carrières unique (RGCU), dès 2022 s'agissant des informations relatives aux enfants nés antérieurement et à compter de 2024 s'agissant de celles relatives aux naissances intervenues à compter de la première de ces deux dates (*ministère chargé de la sécurité sociale*) ;
28. Prévoir un droit conditionnel d'affiliation à l'AVPF afin de respecter le principe de non-cumul entre les trimestres d'AVPF et les trimestres de retraite compensant les interruptions d'activité dans la limite de trois ans par enfant prévus aux articles L. 351-5 du code de la sécurité sociale et L. 9 du code des pensions civiles et militaires de retraite (*ministère chargé de la sécurité sociale*) ;
29. Pour assurer le paiement à bon droit du CMG et dans le cadre du renforcement des dispositifs de maîtrise des risques, mettre en place des actions de contrôle spécifiques à la Paje, permettant, notamment, de s'assurer de l'effectivité du service facturé par les assistants maternels (*ministère chargé de la sécurité sociale, Cnaf, CCMSA*) ;
30. Faciliter l'accès des familles modestes à la garde par les assistants maternels en modifiant le barème du CMG « assistant maternel » afin de rapprocher les restes à charge de ceux observés pour les structures de garde financées par la prestation de service unique de la branche famille (*ministères chargés de la sécurité sociale et des comptes publics, Cnaf, Acoiss/Pajemploi*) ;
31. Adapter le CMG aux nouvelles configurations familiales ou professionnelles et permettre le paiement direct du CMG aux structures de garde, ainsi que la perception directe du crédit d'impôt pour garde d'enfant (*ministères chargés de la sécurité sociale et des comptes publics, Cnaf, Acoiss/Pajemploi*) ;
32. Prendre acte de l'inadaptation des caractéristiques de la Prépare et préparer une refonte, à coût constant pour la branche famille, de l'indemnisation de la suspension d'activité visant à augmenter le niveau d'indemnisation pendant une durée raccourcie (*ministères chargés de la sécurité sociale et des comptes publics*) ;
33. Engager un chantier de simplification ayant pour objectif d'harmoniser les périodes de référence, les périodicités d'actualisation et les bases-ressources des prestations sociales versées sous conditions de ressources ; en priorité, adopter une définition unique des éléments de salaires pris en compte par l'ensemble des bases-ressources des différentes prestations ;

34. Parmi les possibilités d'utilisation des données du DRM, privilégier celle permettant de sécuriser le paiement à bon droit des prestations sociales pour leurs bénéficiaires et les organismes sociaux ; à ce titre, autoriser dans le droit positif l'usage du DRM pour le contrôle *a posteriori* des prestations versées, que celles-ci aient ou non été liquidées avec son concours (*ministère chargé de la sécurité sociale, organismes sociaux*) ;
 35. Assurer la transmission simultanée aux organismes sociaux des déclarations modifiant la composition des foyers bénéficiaires de prestations (*ministère chargé de la sécurité sociale, organismes sociaux*) ;
 36. Développer, par branche et en interbranche, des parcours et des relations de service plus personnalisés à l'attention des travailleurs indépendants (*Cnam, Cnav, Aco*ss) ;
 37. Achever les opérations permettant de mettre fin à l'utilisation des applications informatiques du RSI, en particulier l'outil de gestion des retraites Asur et les actions de fiabilisation des flux de données entre les branches du régime général afin de sécuriser le calcul des prestations contributives (*Aco*ss, *Cnav, Cnam*) ;
 38. Clarifier les relations des branches du régime général avec le CPSTI, en objectivant les frais de gestion des prestations facturés par ces dernières au CPSTI, en étendant le budget de fonctionnement du CPSTI fixé par arrêté interministériel aux moyens qu'elles lui accordent et en améliorant le *reporting* qu'elles font au CPSTI sur le service rendu aux indépendants (*ministère chargé de la sécurité sociale, CPSTI, Aco*ss, *Cnav, Cnam*) ;
 39. Renforcer la lutte contre la fraude aux prélèvements sociaux des indépendants, en mettant en place les dispositions juridiques nécessaires à la détection et au redressement des contribuables non cotisants, en définissant des périmètres de contrôle concertés entre la DGFIP et les Urssaf et en augmentant le nombre de contrôles des Urssaf sur l'assiette déclarée par les indépendants par rapport à l'avant-crise (*ministères chargés de l'économie et de la sécurité sociale, Aco*ss) ;
 40. Élargir l'assiette des cotisations à la part des dividendes versés aux dirigeants des SAS et SASU et aux gérants non associés, minoritaires ou égalitaires de SARL qui dépasse un certain seuil, en adaptant à cette fin le dispositif en vigueur pour les gérants majoritaires de SARL (*ministère chargé de la sécurité sociale*).
-

Introduction générale

Comme la Cour l'a rappelé à l'occasion de l'analyse de la situation et des perspectives des finances publiques³, l'innovation, l'industrie, les transitions écologiques et énergétiques appelleront dans les années qui viennent des investissements importants dans le cadre d'une stratégie de croissance de long terme, alors même que la France est l'un des pays de la zone euro dont le taux d'endettement public est le plus élevé. La stabilisation, puis la réduction progressive de cette dette constituent un objectif majeur, auquel peut contribuer la recherche d'une plus grande efficacité des dépenses publiques en général et des dépenses de protection sociale en particulier, en raison de leur poids (813 Md€ en 2020, soit 35 % du PIB⁴).

À travers la publication régulière de ses travaux dans le champ de la protection sociale, la Cour souligne l'existence de multiples marges d'efficacité, notamment dans le domaine de l'assurance maladie ou de la retraite⁵. Comme les années précédentes, le rapport qu'elle consacre à l'application des lois de financement de la sécurité sociale contribue à documenter les évolutions nécessaires, en présentant successivement :

- la situation des finances sociales, qui reste dégradée et dont le redressement nécessitera le respect vigilant des trajectoires de dépenses pluriannuelles que le Parlement aura à déterminer prochainement ;
- des exemples de situations dans lesquelles des réformes s'imposent pour améliorer la qualité de l'action publique et des services rendus aux assurés sociaux, tout en contribuant à l'effort de maîtrise des dépenses ;
- des bilans, contrastés, tirés de l'application de mesures décidées dans le cadre de lois de financement récentes, qui témoignent de l'importance que revêtent les conditions de mise en œuvre des réformes et leur évaluation.

³ Cour des comptes, *La situation et les perspectives des finances publiques*, juin 2022.

⁴ Drees, *La protection sociale en France et en Europe en 2020*, édition 2021.

⁵ Cour des comptes, *Continuer à adapter le système de retraite pour résorber les déficits et renforcer l'équité*, octobre 2021 ; Cour des comptes, *Santé : garantir l'accès à des soins de qualité et résorber le déficit de l'assurance maladie*, décembre 2021.

Une situation financière dégradée, un redressement à engager (Partie I)

Après l'analyse de la situation des comptes de la sécurité sociale et de leur trajectoire (chapitre I), le rapport propose une simplification et une clarification de la structure des recettes affectées aux régimes de sécurité sociale (chapitre II). Il souligne également que les conventions entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs des professions libérales de santé devraient être davantage mises à contribution pour concilier la qualité et l'efficacité des soins offerts à la population, et mieux tenir compte de la nécessaire maîtrise des finances de la branche maladie (chapitre III).

Engager le redressement de la situation financière de la sécurité sociale

De 2010 à 2019, les déficits de la sécurité sociale avaient été progressivement réduits et presque résorbés, tandis qu'un désendettement financier complet était programmé en 2024. Les déficits enregistrés en 2020 et 2021 (40,3 Md€ et 24,2 Md€) sont pour une large part l'effet de la crise sanitaire (respectivement 17,3 Md€ et 17,5 Md€ de dépenses nettes exceptionnelles). Ils s'expliquent également, pour l'assurance maladie, par les mesures pérennes décidées dans le cadre des accords du Ségur de la santé (9,3 Md€ en 2021) et par le dynamisme des dépenses de soins de ville (honoraires des professionnels de santé libéraux, remboursements de médicaments, indemnités journalières d'arrêt de travail, notamment).

En 2022, le déficit de la sécurité sociale continuerait à se réduire grâce au dynamisme des recettes et à une réduction des dépenses liées à la crise sanitaire. Sans ces dernières, le déficit resterait stable en raison d'une forte progression des autres dépenses. Selon le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, le déficit se réduirait à nouveau en 2023 puis augmenterait à partir de 2024 pour atteindre près de 12 Md€ en 2026. Les branches maladie et surtout vieillesse resteraient déséquilibrées. De surcroît, selon le Haut conseil des finances publiques, les hypothèses de croissance ou de dépenses d'assurance maladie sur lesquelles reposent le PLFSS pourraient s'avérer trop optimistes.

En raison de leur nature et pour ne pas faire peser sur les générations futures la charge de leur financement, les dépenses sociales ne sauraient être durablement financées par emprunt. Il convient donc d'engager rapidement les réformes et mesures à même d'assurer un retour effectif de la sécurité sociale à l'équilibre financier.

Clarifier et stabiliser le financement de la sécurité sociale

Depuis une trentaine d'années, la croissance des besoins financiers et la volonté de réduire le coût du travail afin de soutenir l'emploi ont conduit à une modification progressive de la structure du financement de la sécurité sociale. La contribution sociale généralisée et les autres impôts et taxes diverses ont pris une place croissante parmi ses recettes, tandis que la part des cotisations assises sur les rémunérations d'activité professionnelle a décliné.

Cette évolution pourrait apparaître cohérente avec le caractère universel donné progressivement aux prestations « famille » puis « maladie », dont le versement aux assurés sociaux n'est plus nécessairement lié à l'exercice d'une activité professionnelle. Cependant, à l'exception de celles dédiées à l'indemnisation des accidents de travail et des maladies professionnelles et, depuis 2021, à la prise en charge de l'autonomie, les branches de sécurité sociale bénéficient de financements composites, mêlant cotisations sociales, contributions sociales et impôts divers, sans logique claire ni stabilité dans le temps. Il est difficile, dès lors, de disposer, par la lecture des soldes des différentes branches, d'une vue assurée sur l'évolution pluriannuelle de leur situation financière.

La Cour propose plusieurs évolutions de nature à donner une cohérence accrue à l'architecture financière de la sécurité sociale.

Faire contribuer davantage les conventions entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé à la maîtrise des dépenses et à la qualité des soins

De 2010 à 2021, hors médicament et dépenses de biologie, la croissance des dépenses de soins de ville se situe sur une pente annuelle de progression trois fois plus forte que celle de l'inflation. Depuis 2015, elle a systématiquement excédé les objectifs fixés annuellement. Sur la même période, l'assurance maladie et les professions de santé libérales ont prévu, par voie de conventions, des mesures représentant un montant cumulé de 4,7 Md€ de dépenses nouvelles, soit 15 % de la progression annuelle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam). Parallèlement, l'accès aux soins et la coordination des professionnels continuent à présenter des carences, alors que l'ambition des pouvoirs publics est de favoriser la construction de parcours de santé efficaces au bénéfice des patients.

À la différence de ceux qui s'appliquent aux dépenses des établissements de santé ou de médicaments, peu d'outils sont à la disposition des partenaires conventionnels ou du Gouvernement pour réguler l'évolution des remboursements d'honoraires des professions

libérales de santé. Par ailleurs, même si les conventions sont de plus en plus sollicitées pour orienter les pratiques des professionnels de santé, notamment à travers les modalités de leur rémunération, beaucoup reste à faire pour renforcer la contribution du secteur libéral à l'amélioration de la qualité de la dépense et de l'organisation du système de santé.

Alors que l'assurance maladie engage la renégociation des conventions avec certaines professions, la Cour propose de faire évoluer le cadre et le contenu de cet exercice.

Des réformes nécessaires, des enjeux à mieux prendre en compte (Partie II)

La Cour s'est intéressée à quatre domaines qui n'ont pas fait l'objet d'enquêtes dans un passé récent. Ces travaux mettent en évidence la nécessité, pour les pouvoirs publics, d'engager des réformes, dont certaines sont parfois envisagées ou prévues de longue date.

Les enjeux sont nombreux, qu'il s'agisse d'assurer un meilleur accès de la population aux soins d'imagerie médicale ou de radiothérapie et une maîtrise plus stricte des rémunérations versées aux professionnels de santé en charge de ces activités (chapitre IV et chapitre V), de mieux prendre en compte les insuffisances graves de la sécurité et de la qualité de vie au travail, qui pénalisent l'emploi et le service rendu aux usagers dans le secteur médicosocial (chapitre VI) ou de rendre plus performants les dispositifs anciens et complexes destinés à améliorer les droits à la retraite des personnes ayant eu la charge d'enfants (chapitre VII).

Améliorer la pertinence de l'imagerie médicale et maîtriser ses coûts

Le recours aux actes d'imagerie médicale se développe sous l'effet de l'arrivée de nouvelles techniques. Si la tarification des établissements de santé ne permet pas d'identifier aisément les dépenses d'imagerie médicale hospitalières, les actes réalisés par les professionnels de ville ont représenté 4,8 Md€ en 2021, dépense en progression soutenue jusqu'au début de la crise sanitaire. Le parc d'équipements français est moderne et utilisé avec plus d'intensité qu'à l'étranger.

Le secteur est cependant marqué par certains handicaps : une prise en compte trop lente de l'innovation dans la liste des actes remboursés par l'assurance maladie ; une activité hospitalière en difficulté croissante du fait d'une préférence de plus en plus marquée des radiologues pour l'exercice libéral, moins contraignant et nettement plus rémunérateur ; enfin, des difficultés d'accès aux soins, du fait d'une répartition territoriale inégalitaire, auxquelles la réforme récente du régime des autorisations apporte des remèdes qui paraissent encore insuffisants.

Il apparaît aussi que l'assurance maladie peine à organiser avec la profession une régulation favorisant la pertinence médicale des actes et une rémunération de ceux-ci ajustée à la réalité des coûts de réalisation. Pour ce faire et afin d'assurer aussi une meilleure maîtrise de la dépense, la capacité de la Cnam à réguler les prix et les volumes d'actes d'imagerie médicale doit être renforcée.

Harmoniser la gestion et la tarification des soins de radiothérapie et mieux satisfaire les besoins de la population

La moitié des malades atteints d'un cancer sont traités chaque année par radiothérapie. Cette activité, de haute technologie et en évolution continue, a un coût de 1,5 Md€ pour l'assurance maladie.

Les mêmes soins sont délivrés soit par les hôpitaux et les cliniques non lucratives, soit par des radiothérapeutes libéraux exerçant en cabinet de ville. Cette organisation duale n'apparaît pas optimale, les règles de description, d'évaluation et de tarification de l'activité étant différentes et en partie inadaptées.

La Cour estime nécessaire de réformer et d'harmoniser la tarification de l'activité à l'hôpital et en ville et d'améliorer la connaissance des pratiques médicales, notamment innovantes, afin d'assurer une meilleure adéquation entre l'offre de soins et les besoins des patients.

Faire de la prévention des risques professionnels une priorité de la gestion des ressources humaines dans le secteur médico-social

Les établissements et services médico-sociaux qui prennent en charge ou accompagnent près de 1,1 million de personnes âgées ou handicapées, emploient plus de 730 000 salariés. Parmi ceux-ci, les aides-soignants font partie des quinze professions les plus recherchées par les employeurs en France, avec des postes parmi les plus difficiles à pourvoir, souvent sous la forme de contrats à durée déterminée (CDD). Ces agents sont exposés à de nombreux risques professionnels et à une sinistralité hors norme. Le secteur médico-social présente un des taux de fréquence des accidents du travail parmi les plus élevés de tous les secteurs d'activité, supérieur, par exemple, de 25 % à celui constaté dans le bâtiment et les travaux publics.

L'enquête conduite par la Cour éclaire de manière inédite la gravité de la situation, notamment dans les établissements pour personnes âgées dépendantes ou dans les maisons d'accueil spécialisés et les services médico-sociaux à domicile. La fréquence des accidents de travail et des maladies professionnelles est d'autant plus élevée que le taux d'encadrement, qui rapporte le nombre de soignants à celui des personnes prises en charge, est faible.

La prévention des risques professionnels, pour laquelle la Cour formule plusieurs recommandations, constitue donc un enjeu prioritaire d'amélioration de l'attractivité du secteur médico-social et de la qualité du service rendu aux usagers.

Simplifier et harmoniser les droits familiaux de retraite

Au titre de leurs enfants, les parents bénéficient, pour le calcul des pensions de retraite qui leur sont servies, de droits attribués sans contrepartie de cotisations personnelles. Institués il y a cinquante ans ou plus, à une époque où les familles, ainsi que les mères en retrait du marché du travail, étaient plus nombreuses, ces dispositifs de solidarité obéissent à des règles et à des mécanismes mal connus, devenus très complexes au fil du temps. Ils consistent à attribuer des trimestres de retraite, à prendre en charge des cotisations pour les périodes d'inactivité liées à l'éducation des enfants en bas âge, ou à majorer directement la pension de retraite servie. Représentant près de 20 Md€ de dépenses par an, ils bénéficient à environ trois retraités sur cinq, principalement aux mères, ainsi qu'aux pères des familles de trois enfants ou plus.

En 2014, la loi a réaffirmé l'objectif d'une compensation à la retraite des aléas de carrière liés aux enfants. Les effets sur la retraite des différents droits familiaux apparaissent cependant très variables et parfois à l'origine d'iniquités. Ils ont tendance à surcompenser les trimestres d'activité perdus en raison des enfants, ce qui conduit les femmes qui partent actuellement à la retraite à bénéficier au total de plus de trimestres de retraite que les hommes, en moyenne. En revanche, ils compensent peu l'effet des pertes de salaires résultant de ces périodes. Pour ces raisons, divers ajustements apparaissent, *a minima*, indispensables. Une réforme d'ensemble serait aussi envisageable, dans le but de compenser de manière plus ajustée les conséquences de la parentalité sur les pensions de retraite servies.

Des mesures récentes au bilan contrasté (Partie III)

Les trois chapitres de cette troisième 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 est contrasté. Il illustre, dans chaque cas, la nécessité de poursuivre les efforts de réforme, qu'il s'agisse de la prestation d'accueil du jeune enfant (chapitre VIII), des modalités de calcul et de versement des prestations sociales sous condition de ressources (chapitre IX) ou de l'intégration au régime général de la gestion des prestations de sécurité sociale versées aux travailleurs indépendants (chapitre X).

Corriger les défauts de la prestation partagée d'éducation de l'enfant (Prépare) et du complément de libre choix du mode de garde (CMG)

Créée en 2004, la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) est constituée de plusieurs aides monétaires distinctes, versées aux familles de la naissance des enfants à leur sixième année, pour une dépense totale de 10,5 Md€. Près d'une trentaine de modifications des paramètres de ces prestations sont intervenues depuis 2014 et ont réduit leur montant. La Cour a plus particulièrement examiné les deux prestations de la Paje, versées sans conditions de ressources : la Prépare, qui indemnise les périodes de cessation d'activité durant les trois premières années de l'enfant, et le complément de libre choix du mode de garde (CMG), qui aide les familles à financer la garde des enfants de moins de six ans par des tiers.

La Prépare a échoué à atteindre ses objectifs et gagnerait à procurer une indemnisation plus élevée, en contrepartie d'un recentrage sur les seuls arrêts d'activité durant la première année de l'enfant. Les barèmes du CMG devraient quant à eux être réaménagés pour permettre aux familles les plus modestes de recourir davantage à l'ensemble des modes de garde externe. Les évolutions des deux dispositifs sont à concevoir de manière cohérente et concomitante, pour une meilleure efficacité et pour éviter que la branche famille supporte des coûts supplémentaires.

Simplifier la gestion des prestations sociales sous condition de ressources

Plus de 100 Md€ de prestations sociales sont versés chaque année en fonction du niveau des ressources des foyers des bénéficiaires. Des règles complexes sont mises en œuvre pour ce faire. Elles mettent en jeu des assiettes de ressources qui diffèrent par leur composition ou par les périodes de perception des revenus prises en compte. Leur montant est révisé selon une périodicité très variable. Par ailleurs, les organismes de sécurité sociale sont encore souvent dans l'obligation de solliciter auprès des bénéficiaires la communication d'informations relatives à ces ressources. Ces opérations sont lourdes à gérer et à l'origine de multiples erreurs ou de fraudes.

La Cour a analysé les apports du dispositif de ressources mensuelles (DRM) à travers sa première utilisation, dans le cadre de la réforme des aides personnelles au logement. Ce système d'information rassemble de manière automatique une grande partie des données relatives aux revenus des bénéficiaires de ces prestations (salaires versés par les employeurs et prestations sociales versées par les organismes de protection sociale). Si plusieurs recommandations sont formulées pour élargir l'utilisation du DRM au calcul et au contrôle d'autres prestations sociales, la simplification des assiettes et des règles de calcul constitue un objectif prioritaire.

*Poursuivre la transformation de la sécurité sociale
des travailleurs indépendants*

La loi de financement pour la sécurité sociale pour 2018 a supprimé le régime social des indépendants (RSI) et transféré au régime général la gestion de la sécurité sociale des travailleurs indépendants, qui concernait en 2020 près de quatre millions de cotisants actifs, plus de deux millions de retraités de l'artisanat et du commerce et près de quatre millions et demi de bénéficiaires de l'assurance maladie.

Cette opération, préparée et mise en œuvre avec méthode, a été menée à bien dans de bonnes conditions. Des gains d'efficacité restent cependant à réaliser et certains besoins spécifiques des travailleurs indépendants devront être mieux pris en compte. Par ailleurs, la gestion du recouvrement des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants doit rester un point central d'attention, comme l'est aussi, pour ces catégories professionnelles, la détermination du juste point d'équilibre entre le niveau des prélèvements sociaux et celui de la couverture sociale. Enfin, cette réforme réussie devrait conduire à envisager l'extension aux professions libérales du recouvrement des cotisations de retraite par le régime général. Elle peut aussi inspirer une évolution des régimes agricoles de sécurité sociale, pour laquelle la Cour a récemment formulé des recommandations⁶.

⁶ Cour des comptes, *La Mutualité sociale agricole*, rapport public thématique, mai 2020.

Première partie

Une situation financière dégradée, un redressement à engager

Chapitre I

La situation financière de la sécurité sociale : un redressement sous contraintes, mais nécessaire

PRÉSENTATION

En 2019, les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et le fonds de solidarité vieillesse (FSV) avaient enregistré un déficit limité à 1,7 Md€. Par rapport au point haut atteint en 2010 (29,6 Md€) à la suite de la crise financière, ce quasi-retour à l'équilibre avait été atteint grâce à des hausses de prélèvements publics, puis de manière croissante, par le ralentissement de la progression des dépenses de prestations.

La crise sanitaire a entraîné une aggravation considérable du déficit, qui a atteint 39,7 Md€ en 2020 (dont 38,7 Md€ pour le régime général et le FSV), sous l'effet d'un mouvement en ciseaux : la récession économique induite par les mesures de fermeture d'activités a réduit les recettes, tandis qu'ont été engagées des dépenses exceptionnelles afin de protéger la santé de la population et d'assurer la continuité du système de santé et de l'économie nationale.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 avait été établie sous la double hypothèse d'un important rattrapage des pertes de croissance économique et de recettes sociales subies pendant la crise et d'une forte réduction des dépenses exceptionnelles de crise. Grâce à un rebond de la croissance et de recettes plus dynamique qu'attendu, le déficit s'est réduit plus fortement que prévu, à 24,3 Md€ (dont 24,4 Md€ pour le régime général et le FSV). Une partie du surcroît de recettes a cependant été absorbée par des dépenses de crise, en définitive plus élevées qu'en 2020. Les projets de tableaux d'équilibre et patrimonial relatifs à l'exercice 2021, soumis à l'approbation du Parlement dans le projet de loi de financement pour 2023 (voir annexe du présent chapitre), traduisent ces évolutions.

Pour 2022, les prévisions de recettes et de dépenses de la LFSS 2022 s'avèrent obsolètes. Grâce à une masse salariale très dynamique, d'importantes plus-values de recettes seront à nouveau enregistrées. La plus grande part sera cependant absorbée par des dépenses supplémentaires liées à la crise sanitaire et aux effets de l'inflation sur les dépenses de prestations. Si le déficit devrait continuer à se réduire, cette évolution a un caractère précaire et pourrait laisser place à une remontée du déficit en 2023, la poussée inflationniste menaçant la poursuite de la croissance.

Le présent rapport analyse le redressement limité des finances sociales en 2021 (I), leurs perspectives pour 2022 (II) et les conditions d'une trajectoire de retour à l'équilibre à partir de 2023, qui nécessite la réalisation de réformes à même de contenir l'évolution des dépenses et de prévenir un transfert continu de déficits aux générations futures (III).

I - Un redressement limité des finances sociales en 2021

A - Un déficit toujours élevé

1 - Un redressement plus important qu'attendu

Selon les comptes publiés, le déficit du régime général de sécurité sociale et du FSV a atteint 24,4 Md€ en 2021, contre une prévision de 35,8 Md€ dans la LFSS 2021, révisée à 33,5 Md€ dans la LFSS 2022.

Une exécution plus favorable que la prévision de la LFSS 2022

Malgré le bouleversement des prévisions de recettes et de dépenses intervenu en cours d'année, le Gouvernement n'a pas déposé de projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale en 2020, ni en 2021. Ce n'est qu'au stade du dépôt du PLFSS 2022 que les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses de la LFSS 2021 pour 2021 ont été révisés. À la suite notamment des observations formulées par le Haut conseil des finances publiques sur les hypothèses associées aux PLF et PLFSS⁶⁵, ils ont fait l'objet d'une seconde révision au cours des débats parlementaires.

La LFSS 2022, qui prenait en compte les hypothèses de conjoncture de la deuxième LFR, avait prévu pour 2021 un déficit du régime général et du FSV de 33,5 Md€ en fonction d'hypothèses de croissance de la masse salariale de 7,2 % et du PIB de 6,25 %⁶⁶. Dans les comptes 2021, arrêtés en mars 2022, le déficit 2021 est finalement moins élevé de 9 Md€ sous l'effet de 10,7 Md€ de recettes supplémentaires au-delà de la prévision de la LFSS 2022, la situation macro-économique s'étant nettement améliorée au quatrième trimestre 2021 (voir B – 1 – *infra*).

⁶⁵ Dans son avis relatif aux projets de lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour l'année 2022, le Haut Conseil a considéré « les prévisions d'emploi et de masse salariale pour 2021, qui ne tiennent pas compte des toutes dernières informations disponibles, trop basses » et relevé qu'« en raison d'une masse salariale qui pourrait être plus élevée que prévu par le Gouvernement, les recettes qui en dépendent pourraient, en conséquence, être également plus élevées que dans la prévision du Gouvernement ».

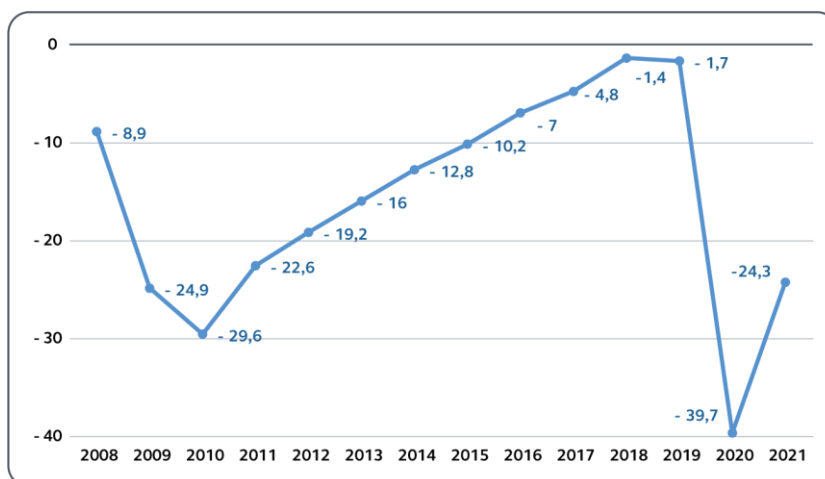
⁶⁶ Les prévisions initiales du PLFSS 2022 étaient respectivement de 6,2 % et de 6,0 %.

À périmètre constant⁶⁷, le déficit du régime général et du FSV s'est réduit de 14,0 Md€ par rapport à 2020, le report de recettes de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants de 2020 à 2021 expliquant toutefois ce progrès à hauteur de 10 Md€⁶⁸.

Le solde des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (Robss) autres que le régime général a retrouvé un léger excédent de 0,1 Md€ en 2021, alors qu'il était déficitaire de 1 Md€ en 2020. L'ensemble des régimes de retraite de base autres que le régime général a connu un excédent, à l'exception de la CNRACL (retraites de base des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers), qui est restée lourdement déficitaire (1,2 Md€, soit l'équivalent de 5,4 % des charges de prestations, après 1,5 Md€ en 2020).

En conséquence, le déficit publié des Robss et du FSV a atteint 24,3 Md€ en 2021, représentant ainsi 1 % du PIB contre 1,8 % en 2020. À périmètre constant, il s'est réduit de 16,1 Md€ par rapport à 2020.

Graphique n° 1 : évolution du déficit agrégé des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV (2008-2021, en Md€)



Source : Cour des comptes d'après les comptes définitifs des régimes de sécurité sociale

⁶⁷ Dans l'ensemble de ce chapitre, le terme « à périmètre constant » signifie : en prenant en compte pour 2020 la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) afin de permettre une comparaison homogène des données 2020 et 2021. En 2021, le périmètre du régime général s'est élargi à la cinquième branche autonomie, gérée par la CNSA.

⁶⁸ Les cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants ont été appelées et comptabilisées en 2020 sur la base de la moitié du dernier revenu professionnel connu. De ce fait, 5 Md€ de recettes de 2020 ont été enregistrées en 2021. Voir Cour des comptes, rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale, exercice 2021, mai 2022, ainsi que l'annexe au présent chapitre.

Comme le montre le tableau ci-après, la branche maladie porte l'essentiel du déficit. Par rapport à 2019, la branche vieillesse et le FSV, pris ensemble, ont réalisé un moindre déficit, tandis que les branches AT-MP et famille ont dégagé des excédents accrus.

Tableau n° 1 : comparaison des soldes 2021 à la prévision initiale et aux soldes 2020 et 2019 (en Md€)

	Réalisé 2021	LFSS 2021	Écart	Réalisé 2020 <i>pro forma</i>	Effets de périmètre	Réalisé 2020	Écart au <i>pro forma</i>	Réalisé 2019
Maladie	- 26,1	- 23,7	- 2,4	- 30,4		- 30,4	4,3	- 1,5
AT-MP	1,2	0,2	1,0	- 0,2		- 0,2	1,4	1,0
Famille	2,9	0,3	2,6	- 1,8		- 1,8	4,7	1,5
Vieillesse	- 1,1	- 9,7	8,6	- 3,7		- 3,7	2,6	- 1,4
Autonomie	0,3	- 0,4	0,7	- 0,6	0,6		0,9	
Régime général	- 22,8	- 33,3	10,5	- 36,8	0,6	- 36,2	14,0	- 0,4
FSV	- 1,5	- 2,4	0,9	- 2,5		- 2,5	1,0	- 1,6
Vieillesse + FSV	- 2,6	- 12,1	9,5	- 6,2		- 6,2	3,6	- 3,0
Total RG + FSV	- 24,4	- 35,8	11,4	- 39,3	0,6	- 38,7	15,0	- 1,9
Régimes obligatoires de base	- 22,7	- 32,5	9,8	- 37,9	0,6	- 37,3	15,2	- 0,1
Total Robss + FSV	- 24,3	- 34,9	10,6	- 40,3	0,6	- 39,7	16,0	- 1,7

À la ligne « Autonomie » des comptes 2020 *pro forma*, sont indiqués les soldes de la CNSA.
Source : Cour des comptes d'après la LFSS 2020 et les comptes définitifs 2019, 2020 et 2021

B - Le rebond des recettes

À périmètre constant, les produits du régime général et du FSV, nets de charges de recouvrement, ont crû de 41,2 Md€ (+ 10,5 %) en 2021 par rapport à 2020 et de 29,8 Md€ (+ 7,4 %) par rapport à 2019, avant la crise sanitaire. Hors évolutions de périmètre, les produits nets de la branche maladie ont connu en 2021 la progression la plus rapide de l'ensemble des branches (+ 13,7 %).

**Tableau n° 2 : produits nets 2021 du régime général et du FSV
par branches (en Md€)**

	Réalisé 2021	LFSS 2021	Écart		Réalisé 2020 <i>pro forma</i>	Effets de périmètre	Réalisé 2020	Écart au <i>pro forma</i>		Réalisé 2019
Maladie	207,9	193,9	14,0	7,2 %	182,8	- 25,5	208,3	25,1	13,7 %	215,2
AT-MP	13,6	12,8	0,8	6,2 %	12,1		12,1	1,5	12,3 %	13,2
Famille	51,8	49,6	2,2	4,4 %	47,0	- 1,2	48,2	4,7	10,1 %	51,4
Vieillesse	142,8	135,0	7,8	5,8 %	135,9		135,9	6,9	5,1 %	135,7
Autonomie	32,9	31,2	1,7	5,5 %	29,9	29,9		3,0	10,0 %	0,0
Régime général	435,2	408,6	26,6	6,5 %	394,9	3,3	391,6	40,3	10,2 %	402,4
FSV	17,7	19,2	- 1,5	- 7,7 %	16,7		16,7	1,0	6,1 %	17,2
RG+FSV	435,2	407,9	27,3	6,7 %	394,1	3,3	390,8	41,2	10,5 %	402,6

Nota : Le pro forma 2020 intègre les recettes propres de la CNSA (écart de périmètre) et retraite les recettes des branches maladie et famille transférées à la nouvelle branche autonomie en 2021.

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

Par nature de recettes, l'évolution très favorable des produits nets en 2021 a trois origines principales : les effets du rebond de l'économie sur les principales assiettes de financement de la sécurité sociale (masse salariale au premier chef, consommation et revenus du capital), la stabilité du montant des recettes à caractère non récurrent, ainsi que la chute des charges liées au recouvrement des prélèvements sociaux⁶⁹.

**Tableau n° 3 : produits nets 2021 du régime général et du FSV
par natures de recettes (en Md€)**

	Réalisé 2021	LFSS 2021	Écart		Réalisé 2020	Écart		Réalisé 2019
<i>Cotisations sociales brutes</i>	211,7	201,4	10,3	5,1 %	191,9	19,8	10,3 %	203,7
<i>Cot. prises en charge p. l'État (nettes)</i>	7,7	5,8	1,9	32,9 %	6,5	1,2	18,6 %	5,3
<i>CSG brute</i>	107,1	104,4	2,7	2,6 %	97,3	9,8	10,1 %	100,8
<i>Autres contributions brutes</i>	9,9	9,2	0,7	7,6 %	8,0	1,9	23,4 %	6,8
<i>Impôts et taxes bruts</i>	85,4	78,9	6,5	8,2 %	77,2	8,2	10,6 %	77,0
<i>Charges de non-recouvrement</i>	- 0,5	- 2,2	1,7	- 78,8 %	- 7,5	7,0	- 93,8 %	- 1,6
<i>Transferts nets reçus</i>	4,1	2,2	1,9	88,3 %	8,9	- 4,8	- 53,4 %	4,0
<i>Autres produits nets</i>	9,8	8,2	1,6	19,4 %	8,3	1,5	17,9 %	6,7
Total produits RG + FSV	435,2	407,9	27,3	6,7 %	390,8	44,5	11,4 %	402,6

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

⁶⁹ Elles sont passées de 7,5 Md€, en 2020 à 0,5 Md€ en 2021 en raison de la baisse du taux moyen de dépréciation des créances sur les cotisants après le déploiement de plans d'apurement pour les créances constituées pendant la crise sanitaire et en raison de la correction d'un excès de dotations en 2020, estimé entre 1 et 1,5 Md€.

1 - Les effets du rebond de l'économie sur la masse salariale, la consommation et les revenus du capital

En 2021, l'activité économique a vivement repris à la suite de la levée des mesures de confinement et de fermeture de certaines activités. La croissance a atteint 6,8 %, après une récession de 7,8 % en 2020.

Après avoir baissé de 5,7 % en 2020, la masse salariale déclarée par les entreprises du secteur privé aux Urssaf a crû de 8,9 %, ce qui explique le vif rebond des produits de cotisations sociales des salariés du secteur privé (+8,7 % après -5,4 % en 2020) et de CSG sur les revenus d'activité de ces derniers (+8,6 % après -5,8 % en 2020).

Tout d'abord, l'emploi salarié privé a progressé en moyenne annuelle de 2,1 % après avoir reculé de 1,2 % en 2020. Fin décembre 2021, il dépassait de 297 300 emplois le niveau d'avant-crise de fin 2019. La croissance 2021 a été ainsi particulièrement intensive en emplois.

En outre, le salaire moyen par tête (secteur privé) a augmenté de 6,7 % en moyenne annuelle, après avoir baissé de 4,6 % en 2020. La baisse du salaire moyen par tête en 2020 reflétait la substitution d'indemnités d'activité partielle à une partie des revenus d'activité. En tant que revenus de remplacement, ces indemnités sont exonérées de cotisations patronales et soumises à un taux réduit de CSG. Le recours intensif à l'activité partielle en 2020 avait, ainsi, contribué à réduire les recettes. Des dispositifs d'activité partielle ont été maintenus en 2021 pour les secteurs d'activité les plus exposés à la crise sanitaire⁷⁴, mais les entreprises y ont beaucoup moins recouru qu'en 2020⁷⁵.

La poursuite des hausses de rémunérations des agents des établissements de santé et médico-sociaux consécutives aux accords du Ségur de la santé a par ailleurs eu un effet retour favorable pour la taxe sur les salaires (+ 5,8 %)⁷⁶, comme pour les prélèvements sociaux.

En dehors d'un effet de périmètre mineur⁷⁷, la forte progression des recettes de TVA (20,3 %) traduit la reprise de la consommation. Pour sa part, la légère diminution des produits de droits d'accise sur les tabacs

⁷⁴ Décret n° 2021-674 du 28 mai 2021 notamment.

⁷⁵ En 2021, les personnes en activité partielle ont représenté en moyenne annuelle 1,5 % des personnes en emploi, contre 4,3 % en 2020.

⁷⁶ En 2020, elle avait progressé plus fortement (+ 1,8 Md€, soit + 14,4 %) à la suite de son affectation exclusive au régime général.

⁷⁷ La fraction de TVA affectée à l'assurance maladie a augmenté de 0,3 Md€ en contrepartie du transfert du financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), auparavant pris en charge par le budget de l'État.

(- 0,8 %, contre + 14,2 % en 2020) reflète les impacts de sens opposé de l'effet en année pleine 2021 de la dernière augmentation des droits de novembre 2020 et de la reprise des achats transfrontaliers.

La hausse des produits de CSG sur les revenus du capital (+ 12,9 %) recouvre, pour sa part, des effets différenciés : une stabilité de la CSG sur les revenus du patrimoine, peu sensible aux variations conjoncturelles ; le dynamisme de la CSG sur les produits de placement, qui a bénéficié de la reprise du marché immobilier et de la remontée des cours boursiers.

La croissance des autres produits nets (+ 1,5 Md€ en 2021, après + 1,6 Md€ en 2020) est essentiellement liée à la poursuite de l'augmentation des remises sur les prix publics des médicaments et des dispositifs médicaux en ville et à l'hôpital, versées par les laboratoires pharmaceutiques et les fabricants et distributeurs de produits de santé (5,7 Md€ en 2021, après 4,2 Md€ en 2020 et 2,4 Md€ en 2019).

2 - La stabilité des recettes non-récurrentes

Comme décrit *supra*, la minoration des montants appelés de prélèvements sociaux auprès des travailleurs indépendants en 2020 a eu un contre-coup positif de 5 Md€ sur les produits de 2021. Cet effet a compensé la non-reconduction en 2021 d'une opération exceptionnelle de 2020 (retracée parmi les transferts nets reçus) : le versement intégral par le FRR à la Cnav de la part de la soulte⁷⁸ des industries électriques et gazières (IEG) dont il assurait la gestion pour le compte de celle-ci, soit 5 Md€.

C - Une hausse rapide des dépenses imputable aux effets de la crise sanitaire et au Ségur de la santé

En 2020, les charges nettes du régime général (RG) et du FSV avaient fortement augmenté (+ 6,2 %), sous l'effet principalement des dépenses liées à la crise sanitaire. En 2021, elles ont atteint 459,6 Md€, soit une hausse de 26,3 Md€ par rapport à 2020 à périmètre constant (+ 6,1 %) et un dépassement de 15,9 Md€ de l'objectif de dépenses fixé par la LFSS 2021 (+ 3,6 %). Ce dépassement se concentre sur la branche maladie, qui a porté, comme en 2020, l'essentiel des dépenses liées à des mesures de crise.

⁷⁸ Cette soulte avait été versée par les IEG en 2005, dans le cadre de l'adossement de leur régime spécial de retraite aux régimes de droit commun des salariés.

Tableau n° 4 : charges nettes des branches du RG et du FSV (en Md€)

	Réalisé 2021	LFSS 2021	Écart		Réalisé 2020 <i>pro forma</i>	Effets de périmètre	Réalisé 2020	Écart au <i>pro forma</i>	
Maladie	234,0	217,6	16,4	7,5 %	213,3	- 25,5	238,8	20,7	9,7 %
AT-MP	12,4	12,7	- 0,3	- 2,3 %	12,3		12,3	0,1	1,0 %
Famille	48,9	49,3	- 0,4	- 0,8 %	48,8	- 1,2	50,0	0,1	0,2 %
Vieillesse	143,9	144,7	- 0,8	- 0,6 %	139,6		139,6	4,3	3,1 %
Autonomie	32,7	31,6	1,1	3,4 %	30,5	30,5		2,1	7,0 %
Total régime général	458,0	442,0	16,0	3,6 %	431,6	3,9	427,8	26,4	6,1 %
FSV	19,3	19,2	0,1	0,3 %	19,1		19,1	0,1	0,7 %
Régime général + FSV	459,6	443,7	15,9	3,6 %	433,3	3,9	429,4	26,3	6,1 %

Source : Cour des comptes d'après les données de la direction de la sécurité sociale et LFSS 2021

1 - Un Ondam en dépassement de 14,4 Md€, du fait de sous-évaluations et d'un fort niveau de dépenses de crise

La LFSS 2021 avait fixé à 225,4 Md€ le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), soit une augmentation limitée à 5,1 Md€ (+ 2,3 %) par rapport à 2020, en raison de la baisse attendue des dépenses liées à la crise sanitaire. Hors dépenses de crise, cette augmentation devait atteindre en revanche 13,0 Md€ (+ 6,2 %), sous le double effet de la remontée de l'activité des professionnels de santé après la baisse subie par la plupart d'entre eux en 2020 et de la montée en charge des augmentations de rémunérations versées aux agents des établissements de santé et médico-sociaux en application des accords du Ségur de la santé.

Des changements de présentation parfois discutables

En 2021, les dépenses de l'Ondam intègrent désormais la quote-part des dépenses des établissements et services médico-sociaux (ESMS) jusqu'à financée par la CNSA sur ses recettes propres (1,5 Md€ en 2020).

Le ministère chargé de la sécurité sociale a modifié en 2021 l'affectation de la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires. À sa création en 2020, cette contribution (1 Md€ de recettes) a été présentée comme une contrepartie aux dépenses de crise. Son montant pour 2021 (0,5 Md€), malgré son caractère exceptionnel, a été pris en compte en déduction des dépenses pérennes. Sans cette imputation, le montant des dépenses hors crise aurait augmenté de 13,5 Md€ (+ 6,5 %).

La frontière entre les sous-objectifs des établissements de santé et du fonds d'intervention régional (FIR) a été modifiée par la LFSS 2022⁷⁹. Compte tenu de l'élargissement aux ESMS du champ des organismes finançables par le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS), les dépenses du fonds consacrées à ces établissements (1,0 Md€ en 2021) ont été réaffectées du sous-objectif des établissements de santé à celui du FIR. Le FIR a intégré également les dépenses en faveur des ESMS au titre des plans d'aide à l'investissement « personnes âgées » et « personnes « handicapées » de la CNSA, ainsi que la contribution de la branche autonomie au FMIS (0,6 Md€ au total en 2021).

Selon des données provisoires⁸⁰, le montant des dépenses relevant de l'Ondam s'est établi à 239,8 Md€, en hausse de 19,0 Md€ par rapport à 2020 (+ 8,5 %), après une progression de 18,9 Md€ en 2020 par rapport à 2019 (+ 9,4 %).

Cette hausse conduit à un dépassement de 14,4 Md€ par rapport à l'objectif prévu par la LFSS 2021 (contre 13,9 Md€ en 2020). Ce dépassement provient principalement des dépenses supplémentaires liées à la crise sanitaire (13,9 Md€). Son ampleur a été atténuée par des remises et contributions, versées par les entreprises pharmaceutiques, plus élevées (+ 1,7 Md€) que prévu, en raison notamment de l'activation en 2021 de la clause de sauvegarde⁸¹.

Tableau n° 5 : exécution 2021 de l'Ondam comparée à l'objectif initial de la LFSS 2021 et à l'exécution 2020 (en Md€)

	Réalisé 2021 provisoire	Objectif 2021 LFSS 2021	Écart		Réalisé 2020 définitif	Écart	
Soins de ville	105,0	98,9	6,1	6,2 %	94,6	10,4	11,0 %
Établissements de santé	96,6	92,9	3,7	4,0 %	89,9	6,7	7,5 %
Établissements médico-sociaux	26,8	26,1	0,7	2,7 %	25,4	1,3	5,3 %
Fonds d'intervention régional	4,3	3,8	0,5	12,8 %	3,9	0,4	10,5 %
Autres prises en charge	7,0	3,8	3,2	85,4 %	7,0	0,0	- 0,3 %
Total ONDAM	239,8	225,4	14,4	6,4 %	220,8	19,0	8,6 %

Nota : l'exécution 2020 est présentée selon le périmètre des dépenses de 2021.

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

⁷⁹ La LFSS 2022 a par ailleurs prévu que le FIR soit renommé fonds d'intervention régional et au soutien à l'investissement (Firsi).

⁸⁰ L'Ondam définitif n'est arrêté qu'en année n+2, après connaissance du montant définitif des remises pharmaceutiques et des dépenses de soins rattachées à l'exercice.

⁸¹ Les entreprises pharmaceutiques sont tenues de verser une contribution à l'assurance maladie lorsque leur chiffre d'affaires au titre des médicaments remboursables est supérieur à un seuil déterminé par la loi. Il existe aussi une clause de sauvegarde pour certains dispositifs médicaux.

Par rapport à 2020, la forte croissance des dépenses s'analyse de la manière suivante. Les dépenses exceptionnelles de crise sanitaire (nettes de la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires) ont encore atteint 17,7 Md€, après 17,3 Md€ en 2020. Les dépenses liées au Ségur de la santé, non encore définitives, sont estimées à 9,3 Md€, soit une hausse de 7,8 Md€ par rapport à 2020 (où elles auraient atteint 1,5 Md€). Les dépenses hors crise et hors Ségur ont progressé de 10,8 Md€ par rapport à 2020, dont 5,1 Md€ de réajustement conjoncturel après la baisse d'activité de 2020, et 5,6 Md€ de hausse structurelle hors Ségur (+ 2,7 % après + 2,6 % en 2020). Cette dernière évolution dépasse l'objectif de + 2,3 % par an fixé par la loi de programmation des finances publiques (LPFP) 2018-2022.

Enfin, la Cour n'a pu apprécier le montant effectif des mesures de réduction ou de régulation des dépenses, prévu à 4,0 Md€ par la LFSS⁸², en l'absence de communication d'une analyse par le ministère chargé de la sécurité sociale.

a) Un coût des mesures liées à la crise sanitaire en définitive comparable à celui de 2020

Le montant brut (avant déduction de la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires) des dépenses de sécurité sociale liées à la crise sanitaire a atteint 18,2 Md€ en 2021, soit un montant équivalent à celui de 2020 (18,3 Md€), alors que l'Ondam prévisionnel 2021 intégrait une provision relative à ces dépenses limitée à 4,3 Md€.

En revanche, la crise sanitaire n'a pas été en 2021 à l'origine d'une diminution des autres dépenses, alors qu'une baisse d'activité de 5,1 Md€ avait été constatée en 2020 sur le champ des soins de ville.

Comme en 2020, certaines dépenses de crise ne sont toujours pas considérées comme telles ou évaluées : la garantie de financement en faveur des établissements de santé, estimée provisoirement à 2,4 Md€ en 2021 après 4,0 Md€ en 2020 (cf. *infra*), la non-réalisation des économies prévues au titre de la maîtrise médicalisée (0,8 Md€ prévu en 2021) et les dépenses liées à des prolongations de droits accordées à certains assurés. L'évaluation de certaines de ces dépenses repose sur des fondements fragiles : seules des données extra-comptables permettent d'appréhender les montants de garantie de financement et d'indemnités journalières dérogatoires au droit commun instaurées dans le contexte de crise sanitaire.

⁸² Outre la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires précitée (0,5 Md€), étaient prévues des mesures de régulation : pertinence et qualité des soins en ville (1 Md€), arrêts de travail et transports (0,3 Md€), structuration de l'offre de soins (0,8 Md€), baisse de prix des médicaments et dispositifs médicaux (0,7 Md€).

Tableau n° 6 : exécution 2021 des dépenses de crise comparée à l'objectif initial de la LFSS 2021 et à l'exécution 2020 (en Md€)

	Réalisé 2021 provisoire	Objectif 2021 LFSS 2021	Écart	Réalisé 2020 définitif	Écart
Soins de ville	8,5	3,2	5,3	6,2	2,3
Établissements de santé	4,1	0,3	3,8	5,0	- 0,9
Établissements médico-sociaux	0,7		0,7	2,0	- 1,3
Fonds d'intervention régional	0,4		0,4	0,3	0,1
Autres prises en charge	4,3	0,8	3,4	4,8	- 0,5
Total dépenses liées à la crise sanitaire	18,0	4,3	13,7	18,3	- 0,3

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

En 2021, les 18,2 Md€ de dépenses de crise ont recouvert pour l'essentiel les tests diagnostiques (7,1 Md€ en ville et à l'hôpital, contre 2,6 Md€ en 2020), la campagne vaccinale (5,0 Md€, en ville et à l'hôpital), des surcoûts dans les établissements de santé et médico-sociaux (3,6 Md€), des dotations à Santé publique France (SPF) hors vaccination et tests (1,1 Md€) et les indemnités journalières dérogatoires (0,9 Md€).

Par rapport à 2020, les surcoûts liés à la mise en place de la campagne vaccinale (+ 5,0 Md€) et au recours aux tests (+ 4,5 Md€) ont été pour partie compensés par la division par près de trois du coût des indemnités journalières dérogatoires (- 1,4 Md€) et par la non-reconduction de certaines mesures particulières de 2020 : primes « covid » et revalorisation des heures supplémentaires en faveur des personnels des établissements de santé et médico-sociaux (- 2,5 Md€) et compensation de perte d'activité des professionnels libéraux de santé (- 1,2 Md€).

La Cour a critiqué⁸³ le coût élevé des tests de dépistage, qui, initialement estimé à 2 Md€, a plus que triplé à 7,1 Md€, dépassant celui de la vaccination. À l'image de la plupart des autres pays européens, en particulier l'Allemagne, la baisse des montants remboursés aux laboratoires et aux pharmacies aurait pu être plus rapide et la gratuité, d'abord généralisée puis limitée aux seules personnes ayant un schéma vaccinal complet, être plus sélective.

En 2021, la campagne de vaccination a coûté 5,0 Md€, dont 3,0 Md€ pour l'achat des vaccins et leur mise à disposition logistique par SPF, et 1,7 Md€ pour la campagne elle-même, principalement pour la rémunération des professionnels de santé. Le surcoût par rapport à la provision prise en compte dans la LFSS 2021 (1,5 Md€) atteint 3,5 Md€. Selon le ministère

⁸³ Cour des comptes, *Les dépenses publiques pendant la crise et le bilan opérationnel de leur utilisation*, communication à la commission des finances de l'Assemblée nationale, juillet 2021.

chargé de la sécurité sociale, il résulte de l'élargissement de la cible vaccinale, portée de 50 % de la population adulte à 87 % des 12 ans et plus (soit 23 millions de personnes supplémentaires), du recours accru aux vaccins à ARN messenger, plus onéreux, et de l'ajout d'une première dose de rappel (troisième dose).

Comptant sur l'effet de la campagne vaccinale, la LFSS 2021 n'a pas non plus pris en compte de surcoûts liés aux indemnités journalières dérogatoires, qui se sont finalement élevés à 0,9 Md€.

Les surcoûts des établissements de santé et médico-sociaux, hors vaccinations et tests, non prévus par la LFSS 2021 ont atteint 3,6 Md€ : renforts en personnel soignant, remboursements de coûts de transport de personnels et aménagement des locaux dans les établissements de santé ; compensations de pertes de recettes des Ehpad.

*b) Une montée en puissance des dépenses du Ségur de la santé,
dont le montant exact reste à confirmer*

Selon la prévision rectifiée de la LFSS 2022, le montant des dépenses engagées au titre du Ségur de la santé atteindrait 9,3 Md€ en 2021. Ce montant serait conforme à la prévision initiale et marquerait une forte augmentation par rapport à 2020 (+ 7,8 Md€).

Un montant de dépenses du Ségur de la santé à confirmer

L'estimation des dépenses 2021 repose toujours sur la prévision rectifiée de la LFSS 2022, et non sur un exécuté provisoire. En outre, elle se fonde sur des données extra-comptables, en l'absence de comptes spécifiques qui permettraient de les isoler. La Cour n'a pu vérifier la fiabilité et la ventilation par « piliers » des montants indiqués par le ministère chargé de la sécurité sociale, les circulaires des campagnes budgétaires des établissements de santé et médico-sociaux fournissant des informations insuffisamment détaillées.

La transformation et la revalorisation des métiers des soignants (pilier 1) est à l'origine d'une part prépondérante des dépenses du Ségur. 2021 a été l'année principale de montée en charge, avec une dépense additionnelle estimée à 7,9 Md€ (après 1,4 Md€ en 2020). Près de 6,6 Md€ auraient été consacrés en 2021 aux revalorisations salariales des soignants exerçant dans les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux, publics et privés (après 1,3 Md€ en 2020)⁸⁵. Les autres dépenses ont porté sur des mesures catégorielles et sur la mise en place d'un intéressement.

⁸⁵ Soit 90 € nets par mois à compter du 1^{er} septembre 2020, puis 93 € à compter du 1^{er} mars 2021 dans les établissements de santé et pour personnes âgées non lucratifs (80 € à chaque fois et aux mêmes périodes dans les établissements privés lucratifs). L'estimation 2021 prend en compte l'effet en année pleine des revalorisations 2020.

S'agissant des investissements dans les établissements et du numérique en santé (pilier 2), près de 1,1 Md€ aurait été engagé (contre 1,2 Md€ prévu en LFSS 2021). Au titre de ce pilier d'un montant de 6 Md€, relevant du plan « France relance » et financé par l'Union européenne, il est prévu de consacrer 2,5 Md€ (sur cinq ans) aux projets hospitaliers prioritaires⁸⁶, 1,4 Md€ (sur 3 ans) au rattrapage du retard sur le numérique en santé à l'hôpital et en ville et 2,1 Md€ (sur cinq ans) à la modernisation des Ehpad et des résidences autonomie.

c) Des dépenses de soins de ville à nouveau en progression

Les dépenses de soins de ville, d'un montant de 105 Md€, ont augmenté de 10,4 Md€ (+ 11,0 %) par rapport à 2020. Les dépenses de crise représentent la plus grande partie de cette augmentation (+7,9 Md€), le solde étant imputable au dynamisme de la plupart des postes de dépenses et à l'incidence de mesures catégorielles. Par rapport à la LFSS 2021, la sur-exécution atteint 6,1 Md€, dont 5,5 Md€ au titre des dépenses de crise.

⁸⁶ Tels que des travaux de modernisation et de rénovation immobilières, de renouvellement du mobilier et de mise en conformité d'installations.

Tableau n° 7 : exécution 2021 des soins de ville comparée à l'objectif initial de la LFSS 2021 et à l'exécution 2020 (en Md€)

	Réalisé 2021 provisoire	Objectif 2021 LFSS 2021	Écart		Réalisé 2020 définitif	Écart	
Honoraires médicaux et dentaires	26,2	26,4	- 0,2	- 0,6 %	23,5	2,7	11,7 %
<i>dont médecins généralistes</i>	6,2	6,3	- 0,2	- 2,6 %	5,9	0,3	5,4 %
<i>dont médecins spécialistes</i>	13,4	13,5	- 0,2	- 1,2 %	11,9	1,5	12,4 %
<i>dont chirurgiens-dentistes</i>	4,4	4,4	0,0	- 0,7 %	3,6	0,8	22,2 %
Honoraires paramédicaux	14,8	14,5	0,3	1,9 %	13,2	1,6	12,1 %
<i>dont infirmiers</i>	9,4	9,0	0,4	3,9 %	8,7	0,7	7,6 %
<i>dont masseurs-kinésithérapeutes</i>	4,5	4,5	- 0,1	- 1,7 %	3,7	0,8	20,6 %
Biologie	7,4	4,8	2,6	54,6 %	5,3	2,0	38,5 %
<i>dont tests diagnostiques</i>	3,8	1,2	2,6	316,7 %	1,9	1,9	95,8 %
Transport des malades	5,2	5,2	0,0	0,1 %	4,3	0,9	19,9 %
Indemnités journalières	14,7	13,3	1,4	10,2 %	15,5	- 0,8	- 5,2 %
<i>dont IJ de droit commun</i>	13,8	13,3	0,5	3,9 %	13,1	0,7	5,4 %
<i>dont IJ dérogatoires</i>	0,9		0,9		2,4	- 1,5	- 62,5 %
Vaccinations	1,3	0,8	0,5	59,4 %		1,3	
Prise en charge cotisations	2,5	2,6	0,0	- 1,6 %	2,6	0,0	- 1,2 %
Dipa (compens. perte d'activité)	0,1		0,1		1,3	- 1,2	- 95,8 %
Contrib. org. complémentaires	- 0,5	- 0,5	0,0	0,8 %	- 1,0	0,5	- 48,3 %
Autres dépenses	0,4	0,5	- 0,2	- 30,9 %	0,2	0,1	54,3 %
Total ville hors produits de santé	71,9	67,5	4,4	6,5 %	64,9	7,0	10,9 %
Médicaments (et rétrocessions hospitalières)	28,3	25,7	2,6	10,1 %	24,9	3,4	13,8 %
<i>dont tests diagnostiques, masques</i>	2,1	1,0	1,1	102,3 %	0,3	1,7	501,3 %
Remises et contributions conventionnelles	- 3,5	- 2,4	- 1,0	42,5 %	- 2,6	- 0,8	31,4 %
Dispositifs médicaux	8,0	8,0	0,0	- 0,6 %	7,4	0,5	7,4 %
Total produits de santé	32,8	31,3	1,5	4,8 %	29,7	3,2	10,6 %
Total soins de ville	105,0	98,9	6,1	6,2 %	94,6	10,4	11,0 %

Nota : l'exécution 2020 est présentée selon le périmètre des dépenses de 2021.

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

Hors crise sanitaire, l'activité a renoué avec son dynamisme d'avant-crise : les dépenses d'honoraires de médecins spécialistes et de chirurgiens-dentistes, de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie, et de transports de patients ont été particulièrement dynamiques.

Les revalorisations d'honoraires décidées lors des négociations conventionnelles ont, par ailleurs, eu un effet significatif sur les dépenses (+ 0,6 Md€, comme en 2020), notamment pour les chirurgiens-dentistes (+ 0,3 Md€) les infirmiers (+ 0,1 Md€) et les transporteurs (+ 0,1 Md€).

Les indemnités journalières de droit commun, en hausse de 5,4 %, ont dépassé de 0,5 Md€ la prévision. Comme en 2020, les causes de cette hausse ne sont que partiellement identifiées : impact du rebond de la masse salariale, distinction imparfaitement assurée avec les indemnités dérogatoires de crise, réduction des actions de contrôle sur l'ouverture et le suivi des droits à indemnisation ou autres causes, les indemnités journalières pour maladie et AT-MP étant l'un des postes de dépenses les plus dynamiques avant crise (+ 4,5 % en 2019).

La progression des dépenses de médicaments, pour l'essentiel vendus en officine (+ 5,1 % en 2021 après + 4,1 % en 2020), traduit notamment une montée en charge plus forte et rapide qu'anticipé de médicaments innovants anticancéreux. La prise en compte des remises et contributions versées par les entreprises pharmaceutiques conduit à réduire leur augmentation à 2,1 % (après une baisse de 0,3 % en 2020). Par ailleurs, la montée en charge du 100 % Santé⁸⁷ concourt à l'augmentation des dépenses de dispositifs médicaux (+ 3,7 %, après + 3,8 % en 2020), en particulier sur les audioprothèses.

d) Des financements toujours soutenus aux établissements de santé, dont le niveau d'activité reste inférieur au niveau d'avant-crise

L'évolution des dépenses relatives aux établissements de santé prévue par la LFSS 2021 (+ 3,0 Md€, soit + 3,3 %) intégrait une baisse des dépenses liées à la crise de 4,7 Md€, qui devait compenser en grande partie la hausse attendue des dépenses au titre du Ségur de la santé, soit 5,6 Md€ (voir *supra*). Elle prenait en compte le financement des dépenses d'investissement du plan « Ma santé 2022 » (+ 0,45 Md€), la poursuite de la mise en œuvre du pacte de refondation des urgences (+ 0,2 Md€)⁸⁸ et le financement de produits de santé innovants de la liste en sus (+ 0,8 Md€).

⁸⁷ Cf. Cour des comptes, La réforme du 100% Santé, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, juillet 2022.

⁸⁸ Instruction n° DGOS/R4/2021/252 du 14 décembre 2021 relative à la mise en œuvre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences.

En définitive, les dépenses (96,6 Md€) ont de nouveau fortement augmenté, à hauteur de 6,7 Md€, soit + 7,5 % par rapport à 2020. Cette progression est essentiellement imputable au fait que les dépenses liées à la crise n'ont baissé que de 0,9 Md€ en 2021.

L'activité covid des établissements de santé (publics et privés)

Selon l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), 12,2 millions de patients ont effectué en 2021 un séjour en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO), ce qui marque une augmentation par rapport à 2020 (11,1 millions), mais reste en retrait par rapport à 2019 (12,4 millions). Les patients atteints de la covid ont représenté 2,4 % du total de ces patients, contre 2,2 % en 2020. Compte tenu d'une durée d'hospitalisation plus longue (11,5 jours, contre 5,5 jours pour les autres patients), ils ont été à l'origine de 5,5 % des 71,8 millions de journées d'hospitalisation complète, en hausse de 3,8 % par rapport à 2020. Ils ont effectué 29,5 % des 2,4 millions de nuitées en unité de réanimation, en hausse de 6,9 %. Ne faisant pas l'objet d'une codification particulière, les actes et consultations externes liés à la covid ne sont pas mesurés.

Hors dépenses liées à la crise et au Ségur de la santé, l'Ondam « hospitalier » a progressé de 2,1 Md€ (+ 2,5 %) par rapport à 2020.

Le dépassement par rapport à la LFSS 2021 s'explique principalement par le dynamisme des dépenses de médicaments de la liste en sus⁸⁹. Leur forte augmentation par rapport à 2020 (+ 1,2 Md€), partiellement compensée par celle des remises (+ 0,5 Md€), traduit le recours à de nouveaux traitements coûteux, notamment en oncologie, et des extensions d'indications.

La hausse des dépenses a également été soutenue par le maintien en 2021 du dispositif de garantie de financement pour les établissements en sous-activité. Selon des estimations encore provisoires⁹⁰, il aurait coûté 2,4 Md€ en 2021, dont 1,9 Md€ pour les établissements publics et privés non lucratifs et 0,5 Md€ pour les établissements privés lucratifs, après 4,0 Md€ en 2020. Il est à noter que l'application du protocole d'accord conclu en février 2020 par l'État avec les trois fédérations d'établissements de santé sur l'évolution de leurs ressources entre 2020 et 2022 aurait pu entraîner des hausses de dépenses d'un montant comparable à celles résultant de l'application de la garantie de financement.

⁸⁹ La liste en sus regroupe les traitements (médicaments et dispositifs coûteux et innovants) financés par l'assurance maladie en sus des séjours hospitaliers.

⁹⁰ Les montants provisoires estimés au titre d'un exercice N (mars et mai N+1 pour 2021) devraient être connus pour leur montant définitif en N+2 (mars 2023 pour 2021).

e) Des dépenses du secteur médico-social soutenues par le Ségur de la santé et des améliorations dans la prise en charge de résidents

La LFSS 2021 avait prévu un montant de dépenses de 26,1 Md€ au titre de l'OGD 2021, soit une hausse de 1,4 Md€ (+ 6,2 %) à périmètre constant par rapport à 2020, qui traduisait l'incidence des revalorisations salariales du Ségur de la santé, ainsi que diverses mesures⁹¹. Les dépenses réalisées se sont établies à 26,8 Md€ (+ 2,7 % par rapport à la LFSS et + 5,3 % par rapport à 2020 à périmètre constant).

La hausse des dépenses a été principalement le fait des établissements accueillant des personnes âgées, conformément à l'évolution prévue en LFSS 2021. Les dépenses liées aux établissements accueillant des personnes handicapées sont restées assez stables.

f) Les impacts de la crise sur les autres sous-objectifs

Le sous-objectif des « autres prises en charge » comprend une dotation exceptionnelle à SPF de 4,3 Md€, essentiellement pour l'acquisition des vaccins, et dans une moindre mesure, l'achat de masques, de tests, etc. Il a connu une sur-exécution de 3,2 Md€ liée à la majoration de cette dotation par rapport à celle prévue en LFSS 2021 (voir *supra*).

S'agissant du sous-objectif du fonds d'intervention régional (FIR), les dépenses ont atteint 4,3 Md€, soit un dépassement de 0,5 Md€ par rapport à la LFSS 2021 qui a traduit, comme en 2020, la mobilisation de moyens pour la gestion locale de la crise sanitaire.

⁹¹ Développement de l'accès aux structures de répit pour les proches aidants, prime pour la formation des aides-soignants, création de nouvelles places, etc.

2 - Des dépenses maladie, AT-MP et autonomie hors Ondam en hausse

En 2021, les prestations hors Ondam des branches maladie et AT-MP ont atteint 18,4 Md€, enregistrant ainsi à périmètre constant⁹² une hausse plus forte (+ 2,7 %) qu'en 2020 (+ 0,5 %). Les dépenses relatives aux pensions d'invalidité (7,0 Md€, ASI comprise) sont restées stables (contre + 1,4 % en 2020), le recul du nombre moyen de bénéficiaires sous l'effet de l'allongement de la durée moyenne de versement des indemnités journalières étant compensé par la hausse du montant moyen annuel des pensions et l'impact de leur indexation partielle sur l'inflation (revalorisation de 0,1 % au 1^{er} avril). Les rentes d'incapacité permanente AT-MP (4,3 Md€) ont également été stables (+ 0,3 % après - 2,0 % en 2020). Les indemnités journalières maternité et paternité (3,5 Md€) ont en revanche fortement augmenté (+ 9,1 % contre - 2,3 % en 2020), sous l'effet du rebond de la masse salariale, d'une légère augmentation du nombre de naissances (voir 4 – *infra*) et de l'allongement de la durée des congés paternité (de 11 à 25 jours), entré en vigueur au 1^{er} juillet 2021.

Les prestations hors Ondam de la branche autonomie correspondent pour un montant de 1,2 Md€ à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), financée avant 2021 par la branche famille ; la hausse des dépenses relatives à cette prestation (+ 4,4 % par rapport à 2020) traduit celle du nombre de ses bénéficiaires.

3 - Des dépenses de la branche vieillesse toujours dynamiques

En 2021, les charges nettes de la branche vieillesse du régime général ont atteint 143,9 Md€, en retrait de 0,8 Md€ par rapport à la LFSS mais en hausse de 4,3 Md€ par rapport à 2020 (+ 3,1 %). En leur sein, les dépenses de prestations légales ont augmenté de 2,1 % (2,6 % en 2020), dont 2,2 % pour les pensions de droit propre (2,8 % en 2020).

⁹² En intégrant à la base de comparaison 2020, les incidences de la création de la branche autonomie et l'affectation de l'État à la branche maladie du financement de l'allocation supplémentaire invalidité (ASI).

**Tableau n° 8 : prestations légales de la branche vieillesse
du régime général (en Md€)**

MC	2021			2020			Écart	Écart (%)
	Droits propres	Droits dérivés	Total	Droits propres	Droits dérivés	Total		
Pensions	115,8	11,5	127,3	113,2	11,4	124,6	2,7	2,2%
Minimum vieillesse	3,0	0,2	3,2	3,0	0,2	3,2	0,0	1,5%
Majorations	4,2	0,7	4,9	4,2	0,7	4,9	0,0	0,8%
Total	123,1	12,3	135,4	120,4	12,2	132,6	2,8	2,1%

Source : comptes de la branche vieillesse du régime général

Le nombre de bénéficiaires de pensions de droit propre (14,9 millions fin 2021) a augmenté de 1 % par rapport à 2020 (+ 0,3 % l'année précédente). Le nombre de demandes de liquidation des droits à retraite s'est élevé à un peu plus de 660 000 (+ 3 % par rapport à 2020).

Contrairement à 2020⁹³, l'ensemble des retraites a été indexé au 1^{er} janvier sur l'inflation constatée (+ 0,4 %). L'impact de l'indexation sur l'évolution des dépenses est cependant moindre qu'en 2020 (+ 0,7 %).

Les nouveaux pensionnés ayant eu des carrières plus favorables que leurs prédécesseurs, le montant moyen des prestations, hors revalorisation, a également augmenté, quoique moins qu'en 2020 (+ 0,9 % contre + 1,4 %).

Compte tenu de la stabilité du nombre de leurs bénéficiaires, les dépenses de pensions de droit dérivé ont faiblement augmenté (+ 0,9 % par rapport à 2020). La hausse des dépenses du minimum vieillesse (+ 1,5 %) reflète celle du nombre de bénéficiaires de l'Aspa en 2021 et du montant mensuel moyen servi pour cette allocation, en partie compensées par la poursuite de la diminution des anciennes allocations.

4 - Des dépenses de la branche famille en légère augmentation à périmètre constant

En 2021, les charges nettes de la branche famille se sont élevées à 48,9 Md€. À périmètre constant (hors transfert à la branche autonomie du financement de l'AEEH), elles ont légèrement augmenté (+ 0,2 %).

⁹³ Les prestations de retraite avaient été revalorisées au 1^{er} janvier 2020 de 1 % lorsque leur montant total (toutes prestations tous régimes de base et complémentaires confondus) était inférieur à 2 000 € et de 0,3 % pour celles dépassant ce seuil.

Les dépenses de prestations légales ont baissé par rapport à 2020 (- 0,6 % à périmètre constant, après -0,3 % en 2020).

La diminution des allocations en faveur de la famille reflète la baisse du nombre d'enfants couverts par les prestations⁹⁴, le relèvement (+ 0,9 %) des plafonds de ressources de l'ensemble des prestations et une faible revalorisation (+ 0,1 %) de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF et la non-reconduction de la majoration de 100 € appliquée en 2020 à l'allocation de rentrée scolaire.

Tableau n° 9 : prestations légales de la branche famille (en Md€)

	2021	2020	Écart		2019
Allocations en faveur de la famille	18,8	19,4	- 0,6	- 3,1 %	18,9
Prestation d'accueil du jeune enfant	10,8	10,5	0,4	3,7 %	11,2
Autres prestations	0,3	1,4	- 1,1	- 80,4 %	1,3
Sous-total hors AEEH	30,0	30,1	- 0,2	- 0,6 %	30,3
Total prestations légales	30,0	31,3	- 0,1	- 0,4 %	31,4

Source : Comptes de la branche famille et CCSS de juillet 2022

L'évolution des dépenses de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje)⁹⁵, traduit des effets de sens contraires selon ses quatre composantes : alignement à la baisse des montants et plafonds de l'allocation de base sur ceux du complément familial pour les naissances à compter d'avril 2018 ; réduction continue du recours à la prestation partagée d'éducation de l'enfant (Prépare) ; effet haussier de l'avancement du versement de la prime à la naissance du 2^{ème} mois après la naissance au 7^{ème} mois de grossesse ; contrecoup en 2021, pour le complément de libre choix du mode de garde, de la baisse exceptionnelle du recours aux gardes à domicile et aux assistantes-maternelles en 2020 pendant la crise sanitaire.

Les prestations extra-légales d'action sociale se sont élevées à 5,6 Md€, montant en légère baisse par rapport à 2020 (- 0,4 %). L'activité des établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) a augmenté en 2021 (+ 0,5 Md€, soit + 28 %), sans toutefois retrouver son niveau de 2019 ; les aides exceptionnelles versées aux structures d'accueil ont diminué (0,1 Md€ en 2021 contre 0,7 Md€ en 2020).

⁹⁴ Entre 2011 et 2019, le nombre des naissances a baissé de 823 000 à 753 000. En 2020, il s'est réduit à 735 000. Il est remonté à 738 000 en 2021.

⁹⁵ Sur la Paje, voir chapitre VIII du présent rapport : « La prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) : des objectifs inégalement atteints, une cohérence à restaurer ».

II - En 2022, une poursuite de la réduction du déficit grâce à la seule dynamique des recettes

En 2021, le déficit des régimes de base de sécurité sociale et du FSV s'est réduit à 24,3 Md€ (dont 24,4 Md€ pour le régime général et le FSV), contre 33,7 Md€ prévu (dont 33,5 Md€ pour le régime général et le FSV), sous l'effet d'un surcroît de recettes encore plus élevé que celui des dépenses, pourtant considérable.

Un scénario voisin se produirait en 2022 : selon le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, le déficit des régimes de base de sécurité sociale et du FSV continuerait à se réduire pour atteindre 17,7 Md€ (dont 16,6 Md€ pour le régime général et le FSV selon le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale publié le 27 septembre⁹⁶), alors que la LFSS 2022 avait prévu son montant à 21,4 Md€ (dont 20,4 Md€ pour le régime général et le FSV). Cela représente une diminution de 6,5 Md€ par rapport à 2021, grâce à un supplément de recettes par rapport à la LFSS 2022 qui excèderait celui des dépenses.

A - Un surcroît de recettes malgré une modification marquée de l'environnement conjoncturel

D'après le PLFSS 2023, les régimes de base de sécurité sociale et le FSV enregistreraient 571,7 Md€ de recettes, soit 22,5 Md€ de plus que la prévision de la LFSS 2022, malgré la reprise de l'inflation et le ralentissement de l'activité. Pour le seul régime général et le FSV, la progression des recettes atteindrait 20,4 Md€ selon la CCSS de septembre 2022.

1 - Une reprise de l'inflation et un ralentissement de l'activité

L'augmentation du prix des matières premières, les ruptures dans les chaînes d'approvisionnement industrielles (crise sanitaire en Chine, effets de la reprise économique sur la disponibilité de biens intermédiaires tels que les semi-conducteurs, etc.) et la guerre en Ukraine entretiennent en 2022 une accélération de l'inflation. Selon les hypothèses macro-économiques communes aux projets de loi de finances (PLF) et de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2023, l'indice des prix à la consommation hors tabac augmenterait de 5,4 % en moyenne annuelle en 2022, après 1,6 % en 2021.

⁹⁶ En application de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 14 mars 2022, les PLFSS soumettent à l'approbation du Parlement des tableaux d'équilibre relatifs à l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale et au FSV, mais plus de tableau d'équilibre propre au seul régime général.

En outre, l'activité économique s'est ralentie. La croissance économique s'établirait à 2,7 % en 2022. En cumul entre les deux années 2021 et 2022, l'activité économique augmenterait ainsi de 9,7 %, contre 10,5 % selon la prévision de la LFSS 2022.

Dans son avis sur les PLF et PLFSS 2023, le Haut conseil des finances publiques (HCFP) a estimé « *crédibles* » les prévisions de croissance économique et d'inflation pour l'année 2022.

2 - Une forte progression des recettes portée par l'évolution de la masse salariale

En 2022, les recettes brutes de cotisations sociales augmenteraient de 5,9 % et la CSG sur les revenus d'activité de 6,7 %. Au titre des seuls salaires versés par les employeurs du secteur privé, ces progressions seraient encore plus élevées (respectivement 7,8 % et 8,2 %). Le moindre dynamisme des recettes totales de cotisations et de CSG sur les revenus d'activité par rapport à celles portant spécifiquement sur les salaires du secteur privé reflète notamment le contrecoup de la régularisation des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants en 2021 (voir *supra*). L'écart de progression des cotisations par rapport à la CSG sur les salaires traduit notamment l'incidence des allègements généraux de cotisations.

Selon le PLFSS 2023, la masse salariale du secteur privé connaîtrait une croissance d'un niveau voisin de celui de 2021 (+ 8,4 % sur le champ soumis à cotisations après + 8,9 % en 2021), soutenue par le dynamisme des effectifs de salariés (+ 2,9 % après + 2,1 %) et du salaire moyen (+ 5,3 % après + 6,7 %). La hausse du salaire moyen serait tirée par les revalorisations du Smic (+ 2,01 % au 1^{er} août après + 2,65 % au 1^{er} mai et + 0,9 % au 1^{er} janvier, soit + 5,66 % au total en niveau) et les accords salariaux de branche.

Dans son avis sur les PLF et PLFSS 2023, le HCFP a estimé « *plausible* » prévision d'augmentation de la masse salariale en 2022.

L'effet favorable sur les recettes du dynamisme de la masse salariale en 2022 sera atténué par les effets du remplacement de la prime exceptionnelle pour le pouvoir d'achat (Perpa) par la prime de partage de la valeur (PPV) : triplement du montant maximal de la prime exonérée de prélèvements sociaux et renforcement de l'exonération (en 2022 et en 2023, exonération de tout prélèvement fiscal et social pour l'employeur et le salarié jusqu'à trois Smic mensuels et social à partir de ce seuil). Comme celles de la Perpa, les pertes de recettes sociales liées à la PPV, non estimées, ne seront pas compensées par l'État.

En dehors des droits sur les tabacs (- 5,5 %), les autres recettes que celles assises sur les revenus du travail seraient également très dynamiques : CSG sur les revenus du capital (+ 9,2 %), taxe sur les salaires (+ 7,3 %), TVA (+ 5,1 %) et CSG sur les revenus de remplacement (+ 2,6 % sur l'ensemble de ces revenus et + 4,9 % sur les seules retraites).

B - Un important volume de dépenses supplémentaires

D'après le PLFSS 2023, les régimes de base de sécurité sociale et le FSV effectueraient 18,9 Md€ de dépenses supplémentaires au-delà de la prévision de la LFSS 2022 (dont 16,6 Md€ pour le seul régime général et le FSV selon la CCSS de septembre 2022). Ce surcroît de dépenses est notamment imputable aux dépenses exceptionnelles de l'assurance maladie liées à la crise sanitaire, aux mesures visant à faire face à l'accélération de l'inflation dans les différentes branches de sécurité sociale et au dérapage de certains postes de dépenses d'assurance maladie.

1 - Un nouveau dépassement de grande ampleur de l'Ondam

La LFSS 2022 avait fixé à 236,8 Md€ le montant prévisionnel des dépenses de l'Ondam pour 2022. À périmètre constant, leur montant devait baisser de 1 % par rapport à 2021. Hors dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire, leur croissance devait atteindre 3,8 %, sous l'effet de la dernière étape des revalorisations salariales du Ségur de la santé. Selon le PLFSS 2023, les dépenses relevant de l'Ondam en 2022 atteindraient 245,9 Md€, soit une hausse globale par rapport à 2021 de 2,4 %, mais 5,5 % hors dépenses liées à la crise sanitaire. Au total, l'objectif serait dépassé de 9,1 Md€ ou de 10 Md€ hors recettes atténuatives (remises et clause de sauvegarde¹⁰⁰).

a) Les dépenses liées à la crise sanitaire

Le montant de l'Ondam prévu par la LFSS 2022 intégrait une provision de 4,9 Md€¹⁰¹ de dépenses au titre de la crise sanitaire en 2022. Cette provision s'avère très insuffisante. À la suite des avis du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie des 15 avril et 30 mai 2022, le PLFSS 2023

¹⁰⁰ Contribution versée à l'assurance maladie quand la progression du chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques au titre des spécialités remboursables en France dépasse un seuil fixé par la loi de financement de la sécurité sociale.

¹⁰¹ Dont 2,5 Md€ de dotations à Santé publique France (SPF) pour l'achat de vaccins, 0,1 Md€ à SPF hors vaccination, 1,6 Md€ de tests de dépistage et 0,7 Md€ au titre de la campagne vaccinale.

prévoit pour 2022 11,5 Md€ de dépenses liées à la crise sanitaire¹⁰² (+ 6,6 Md€ par rapport à la prévision). Les dépassements concernent les tests de dépistage, les indemnités journalières en lien avec la covid (non provisionnées) et les dotations à SPF au titre d'autres dépenses que celles de vaccins (notamment des fonds de concours ouverts au budget de l'État).

*b) D'autres dépenses supplémentaires liées à l'inflation,
aux revalorisations salariales et au dérapage de certains postes*

En dehors des dépenses liées à la crise sanitaire, l'Ondam prévu par la LFSS 2022 sera dépassé de manière certaine pour d'autres motifs, pour un montant estimé à 2,5 Md€ au total par la CCSS de septembre, dont les principales composantes sont précisées ci-après.

Dans le cadre d'une extension du Ségur de la santé, les agents de la filière socio-éducative bénéficient du complément de traitement indiciaire à compter du 1^{er} avril 2022 (+ 0,35 Md€ de dépenses de l'Ondam en 2022, soit + 0,5 Md€ en année pleine).

Le point d'indice des trois fonctions publiques a été revalorisé de 3,5 % au 1^{er} juillet. La CCSS de septembre 2022 estime à 1,5 Md€ l'impact global sur les dépenses de l'année 2022 de la hausse du point d'indice de la fonction publique hospitalière au 1^{er} juillet (1 Md€ pour les établissements de santé et médico-sociaux publics et 0,5 Md€ pour les établissements privés, la mesure de revalorisation ayant été étendue à leurs salariés).

Afin de tenir compte des incidences de l'accélération de l'inflation sur leurs charges non salariales, les établissements de santé et médico-sociaux publics et privés bénéficieront de 0,8 Md€ de dotations complémentaires.

Malgré le niveau élevé de progression des dépenses hors covid pris en compte dans la construction de l'Ondam 2022 (+ 3,8 %), la CCSS de septembre a constaté la poursuite de la dynamique des dépenses, déjà observée en 2021, sur les produits de santé (0,4 Md€ au-dessus de l'objectif voté en LFSS pour les médicaments de ville, compensés aux deux-tiers par les remises et la clause de sauvegarde), les indemnités journalières hors covid (+ 0,3 Md€) et les transports sanitaires (+ 0,1 Md€). Ces effets haussiers seraient pour partie compensés par de moindres remboursements d'honoraires paramédicaux et médicaux et d'actes de biologie hors covid. Au total, le sous-objectif des soins de ville serait dépassé (de 0,3 Md€).

¹⁰² Dont 2,9 Md€ de dotations à SPF pour l'achat de vaccins, 0,9 Md€ à SPF hors vaccination, 4,5 Md€ de tests de dépistage, 0,7 Md€ pour la campagne vaccinale, 1,4 Md€ pour les indemnités journalières liées à la covid et 0,2 Md€ pour le FIR.

Le maintien d'une activité des établissements de santé publics et privés non-lucratifs à un niveau inférieur à celui de l'avant crise sanitaire n'a pas d'effet modérateur sur les dépenses du fait de la reconduction de la garantie de financement¹⁰³ jusqu'à la fin de l'année 2022. Selon la CCSS de septembre, les dépenses relatives aux établissements de santé publics et privés seraient néanmoins inférieures de 0,4 Md€ à la prévision initiale, malgré les mesures relatives aux urgences et aux soins non programmés, sous l'effet d'une évolution plus modérée des dépenses relatives aux produits de la liste en sus, nettes de remises.

2 - L'indexation anticipée des prestations monétaires

Compte tenu de l'accélération de l'inflation, la loi du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat a décidé une augmentation de 4 % des pensions de retraite, des minima sociaux et des autres prestations sociales rétroactive au 1er juillet afin d'accélérer la prise en compte de la hausse des prix. Selon l'étude d'impact du projet de loi, cette revalorisation anticipée à mi-année aurait un coût en 2022 de 4,9 Md€ pour les pensions de retraites versées par les régimes de base de sécurité sociale et de 0,9 Md€ pour les autres prestations de sécurité sociale (prestations familiales, pensions d'invalidité et rentes AT-MP), avec pour ces dernières un effet report à 2023 (0,5 Md€).

C - Une baisse limitée du déficit en 2022, hors dépenses liées à la crise sanitaire

1 - Une diminution forte par rapport à 2021, mais moindre que celle prévue par la LFSS 2022

Compte tenu des prévisions de recettes et de dépenses précédemment évoquées, le PLFSS 2023 prévoit pour 2022 un déficit des régimes de base et du FSV de 17,8 Md€ (dont 16,6 Md€ pour le seul régime général et le FSV selon la CCSS de septembre 2022).

Le déficit connaîtrait ainsi une réduction importante par rapport à 2021 (de 6,5 Md€), mais plus limitée par rapport à la prévision de la LFSS 2022 (de 3,6 Md€).

¹⁰³ Ce dispositif garantit aux établissements de santé dont l'activité a baissé par rapport à l'avant crise sanitaire le maintien de leurs recettes antérieures de séjours et de séances, majorées des augmentations de tarifs intervenues depuis lors.

**Tableau n° 10 : prévisions de produits nets, charges nettes et soldes
2022 des régimes de base de sécurité sociale et du FSV (en Md€)**

	PLFSS 2023	LFSS 2022	Écart		Réalisé 2021	Écart	
Cotisations sociales	284,6	274,8	9,8	3,6%	271,7	12,9	4,8%
Cotisations d'équilibre de l'employeur	44,6	43,7	0,9	2,1%	42,3	2,3	5,4%
CSG, impôts, taxes et contributions	218,7	210,4	8,3	4,0%	207,2	11,5	5,6%
Transferts nets reçus	11,2	10,8	0,4	3,3%	11,2	-0,1	-0,7%
Autres produits nets	12,6	9,5	3,1	32,4%	10,6	2,0	18,7%
Total produits nets ROBSS+ FSV	571,7	549,2	22,5	4,1%	543,0	28,7	5,3%
Maladie	241,9	230,1	11,8	5,1%	235,4	6,5	2,7%
AT-MP	14,2	14,1	0,1	0,7%	13,9	0,3	2,5%
Famille	50,9	49,7	1,2	2,4%	48,9	2,0	4,1%
Vieillesse	261,9	256,6	5,3	2,1%	250,6	11,3	4,5%
Autonomie	35,4	34,4	1,0	2,9%	32,6	2,8	8,7%
Total charges nettes ROBSS	589,3	570,2	19,1	3,3%	567,0	22,3	3,9%
FSV	18,0	19,6	-1,6	-8,2%	19,3	-1,3	-6,5%
Total charges nettes ROBSS + FSV	589,6	570,6	19,0	3,3%	567,3	22,3	3,9%
Maladie	-20,3	-19,1	-1,2		-26,1	5,8	
AT-MP	2,0	1,5	0,5		1,3	0,7	
Famille	2,6	1,9	0,7		2,9	-0,3	
Vieillesse	-3,0	-3,0	0,0		-1,1	-1,9	
Autonomie	-0,5	-1,1	0,6		0,3	-0,8	
Total soldes ROBSS	-19,2	-19,7	0,5		-22,7	3,5	
FSV	1,3	-1,7	3,0		-1,5	2,8	
Vieillesse + FSV	-1,7	-4,7	3,0		-2,6	0,9	
Total soldes ROBSS + FSV	-17,8	-21,4	3,6		-24,3	6,5	

Source : Cour des comptes d'après la CCSS de septembre 2022 et la LFSS 2022

2 - Hors dépenses liées à la crise sanitaire, un déficit 2022 de même niveau qu'en 2021, malgré le dynamisme des recettes

Pour importante qu'elle soit, la réduction en 2022 par rapport à 2021 du déficit des régimes de base et du FSV prévue par le PLFSS 2023 (soit 6,5 Md€) est légèrement moindre que la baisse attendue des dépenses liées à la crise sanitaire (soit 6,7 Md€). Hors dépenses liées à la crise sanitaire, le déficit ne diminuerait donc pas en 2022.

Ainsi, la progression des dépenses non liées à la crise sanitaire (+ 28,8 Md€, soit + 5,2 %) absorberait entièrement la forte augmentation des recettes permise par le dynamisme de l'emploi et des salaires.

III - La nécessité d'un retour effectif de la sécurité sociale à l'équilibre financier

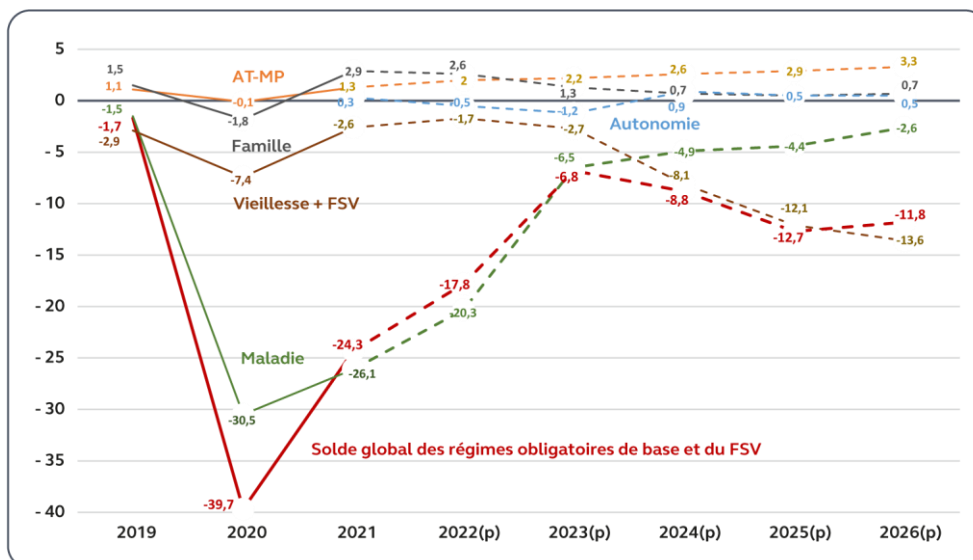
A - Une réduction précaire du déficit en 2023 suivie d'une dégradation potentiellement sous-estimée à partir de 2024

Avertissement

Les développements de cette sous-partie procèdent de la prise de connaissance du PLFSS 2023 adopté par le conseil des ministres et déposé à l'Assemblée nationale (26 septembre) et du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale (27 septembre). Compte tenu d'un délai réduit avant la publication de ce rapport (4 octobre), la Cour n'a pu mener une analyse approfondie et contradictoire avec la direction de la sécurité sociale des prévisions de recettes, de dépenses et de solde pour les années 2023 à 2026. Par ailleurs, elle n'a pu examiner les annexes au PLFSS 2023, transmises au Parlement postérieurement à la publication du présent rapport (recettes, dépenses et soldes des régimes et Ondam notamment).

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2023, adopté par le conseil des ministres le 26 septembre, prévoit que le déficit des régimes de base de sécurité sociale et du FSV continuerait à se réduire en 2023, mais repartirait à la hausse en 2024.

Graphique n° 2 : trajectoire financière des régimes de base de sécurité sociale et du FSV dans l'annexe B du PLFSS 2023 (2019-2026, en Md€)



Source : annexe B du PLFSS 2023

1 - Les aléas entourant la baisse projetée du déficit en 2023

En 2023, le déficit des régimes de base de sécurité sociale et du FSV ne s'élèverait plus qu'à 6,8 Md€, après 17,8 Md€ anticipés pour 2022 et 24,3 Md€ constatés pour 2021. La diminution du déficit serait assurée par une progression soutenue des recettes (+ 23,3 Md€, soit + 4,1 %), tandis que les dépenses connaîtraient une hausse modérée (+ 12,2 Md€, soit + 2,1 %).

Dans son avis sur les projet de loi de finances (PLF) et PLFSS pour 2023, le Haut conseil des finances publiques (HCFP) a souligné la forte incertitude que font peser la situation géopolitique et le durcissement quasi-général des politiques monétaires sur les perspectives de croissance pour 2023. Il a estimé « *un peu élevée* » la prévision de croissance retenue par le Gouvernement (+ 1,0 %) et « *plausibles* » celles de masse salariale dans les branches marchandes (+ 5,0 %) ainsi que d'inflation (+ 4,2 %).

S'agissant des prévisions de dépenses, le HCFP a en revanche estimé qu'elles pourraient être sous-estimées.

En particulier, le PLFSS pour 2023 anticipe une quasi-disparition des dépenses d'assurance maladie liées à la crise sanitaire, dont le montant ne s'élèverait plus qu'à 1 Md€¹⁰⁵, contre 11,5 Md€ anticipés pour 2022. Grâce à cette évolution, les dépenses de l'Ondam diminueraient légèrement en valeur absolue (- 0,8 %). Le HCFP a estimé que cette estimation, qui suppose notamment une chute massive des dépenses de tests (division par 20 par rapport à 2021), « *risque de se révéler très insuffisante* ».

Le PLFSS prévoit par ailleurs que la progression des dépenses sous Ondam, hors covid 19, serait contenue à 3,7 %, grâce à des mesures d'économies portant sur les tarifs des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) et de certains actes en ville (radiologie et biologie). Ces économies compenseraient pour partie la hausse tendancielle soutenue des dépenses de l'Ondam : effet en année pleine de la compensation aux établissements de santé et médico-sociaux de la revalorisation du point d'indice intervenue au 1^{er} juillet 2022 ; mesures visant à compenser les effets de l'inflation sur les autres charges des établissements ; mesures de revalorisation salariale et d'investissement se rattachant au Ségur de la santé ; financement de 3 000 emplois supplémentaires dans les Ehpad ; potentiel effet sur le dernier trimestre de l'année de la nouvelle convention en cours de négociation avec les représentants des médecins.

La réalisation des économies présente cependant des aléas importants, tandis que les demandes des acteurs du système de santé, en matière de revalorisation de leurs rémunérations et de compensation des effets de l'inflation, ne faiblissent pas.

2 - Une dégradation du déficit à partir de 2024 qui pourrait être sous-estimée

Selon l'annexe B du PLFSS pour 2023 (voir graphique n° 2 *supra*), le déficit des régimes de base de sécurité sociale et du FSV augmenterait à nouveau en 2024, puis encore en 2025, avant de s'atténuer légèrement en 2026, année pour laquelle il atteindrait près de 12 Md€.

La hausse du déficit serait concentrée sur le sous-ensemble constitué par la branche vieillesse et le FSV, dont le déficit agrégé s'élèverait à près de 14 Md€ en 2026, contre moins de 3 Md€ en 2021 et 2022. Les éléments d'information de l'annexe B du PLFSS pour 2023 ne permettent pas

¹⁰⁵ Dont 0,6 Md€ au titre de la vaccination (0,4 Md€ pour les achats de vaccins et 0,2 Md€ pour leur administration) et 0,4 Md€ au titre des tests de dépistage.

d'appréhender les situations hétérogènes¹⁰⁶ propres au régime général (salariés du secteur privé et des travailleurs indépendants), le plus important, à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), qui connaît la dégradation la plus marquée (voir encadré *infra*), aux autres régimes qui doivent assurer leur équilibre financier et aux régimes pour lesquels l'équilibre est au contraire assuré par le budget de l'État (fonctionnaires de l'État et la plupart des régimes spéciaux) et dont le solde est par conséquent nul. De manière générale, les facteurs explicatifs de l'évolution prévisionnelle des dépenses de retraite ne sont pas précisés.

Une situation de la CNRACL de plus en plus préoccupante

Le régime de retraite des fonctionnaires hospitaliers et territoriaux connaît des déficits croissants : 1,5 Md€ en 2020, 1,2 Md€ en 2021 et, selon la CCSS de septembre 2022, 2 Md€ en 2022 et 2,5 Md€ en 2023. Le déficit représenterait alors plus de 9 % des dépenses nettes. La CNRACL a bénéficié en 2021 d'une reprise par la Cades de ses déficits antérieurs à 2020, à hauteur de 1,3 Md€. Ses besoins de financement sont provisoirement couverts par des emprunts effectués par l'Acoss, solution qui ne peut être durable.

Tout en restant soutenues en valeur absolue, les augmentations annuelles de recettes n'absorberaient plus les effets conjugués sur les dépenses de l'évolution de la démographie des pensionnés (accroissement de la taille des générations partant à la retraite), de la poursuite de la hausse de la pension moyenne (sous l'effet notamment de carrières de plus en plus complètes des femmes) et d'une indexation des retraites sur une inflation plus élevée que celle antérieure à 2022. Recettes et dépenses connaîtraient un effet de ciseau : sous l'effet de la hausse du niveau de l'inflation, les prestations augmenteraient plus vite qu'avant 2022, tandis que la masse salariale, qui procure encore une part prépondérante des recettes, augmenterait moins que le PIB nominal.

L'augmentation du déficit de la branche vieillesse et du FSV est d'autant plus significative que la prévision de déficit, selon l'annexe B, « *bénéficierait de l'objectif d'élévation progressive de l'âge effectif de départ sur un quinquennat* ».

Le déficit de la branche maladie se réduirait quant à lui à moins de 3 Md€ en 2026. Pour une part, sa diminution traduirait des mesures de périmètre : consolidation d'une réaffectation de taxe sur les salaires en 2022

¹⁰⁶ Cette difficulté ne se pose pas pour les branches famille et autonomie, qui ont un caractère universel et a une incidence mineure pour la branche maladie (sauf exception, les autres régimes sont intégrés au régime général sur le plan financier) et AT-MP (le régime général concentre l'essentiel des recettes et des dépenses).

de la branche famille à la branche maladie et transfert à la branche famille en 2023 du financement de 60 % des dépenses d'indemnités journalières pour maternité. Surtout, les dépenses de l'Ondam hors crise sanitaire augmenteraient à un rythme (+ 12,2 % en cumul de 2022 à 2026) inférieur à la progression des recettes de la branche maladie (+ 13,7 %)¹⁰⁷ et à peine plus élevé que celui de l'inflation (+ 11,6 % pour les prix hors tabac).

L'effort de maîtrise des dépenses nécessaire à la réalisation de cet objectif serait d'autant plus significatif qu'il ferait suite à une hausse de grande ampleur des dépenses hors covid depuis 2019, qui a conduit à augmenter le montant de l'Ondam en valeur absolue de près d'un quart en quatre ans. En effet, en 2023, le montant des dépenses de l'Ondam hors covid atteindrait 243,1 Md€, contre 200,3 Md€ en 2019 (+ 21,4 %, à comparer à une hausse des prix hors tabac de 12,9 % en cumul). Pour près d'un tiers, cette hausse traduit l'incidence des mesures du Ségur de la santé, entendu au sens large (+ 13,4 Md€ de dépenses en cumul en 2023, dont 10,9 Md€ de dépenses pérennes de revalorisations salariales dans les établissements de santé et médico-sociaux).

Alors même que la trajectoire de solde des régimes de base de sécurité sociale et du FSV prévue par l'annexe B du PLFSS pour 2023 comporte déjà la perspective d'un déficit croissant entre 2024 et 2026, son respect dépend de celui d'objectifs d'évolution des dépenses d'assurance maladie dont le niveau nominal est équivalent à celui des années précédant la crise sanitaire (2,6 % à 2,7 %) mais est en réalité plus exigeant, dans le contexte d'une inflation plus élevée.

Enfin, dans son avis relatif au projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027, le HCFP a qualifié d'« *optimistes* » les hypothèses de croissance économique et estimé que « *ces hypothèses rendent particulièrement fragile la trajectoire de finances publiques présentée par le Gouvernement sur la période 2023-2027* ». Si la croissance économique était moins élevée que celle attendue, la progression des recettes des régimes de base et du FSV s'en trouverait amoindrie.

¹⁰⁷ Les périmètres ne sont pas parfaitement comparables. Si on retirait les dépenses médico-sociales de l'Ondam, l'évolution des dépenses serait encore plus ralentie.

Tableau n° 11 : principales hypothèses de l'annexe B du PLFSS 2023

	2022	2023	2024	2025	2026
PIB en volume	2,7 %	1,0 %	1,0 %	1,6 %	1,7 %
Inflation hors tabac	5,4 %	4,3 %	3,0 %	2,1 %	1,75 %
Masse salariale privée	8,6 %	5,0 %	3,9 %	3,6 %	3,4 %
Ondam	2,7 %	4,1 %	2,7 %	2,7 %	2,6 %
Ondam hors crise sanitaire	5,6 %	3,7 %	2,7 %	2,7 %	2,6 %

Source : annexe B du PLFSS 2023

B - Un risque d'augmentation continue de la dette sociale à prévenir

1 - Un allongement de la maturité du financement de la dette sociale

Les déficits des régimes de base de sécurité sociale et du FSV sont financés soit par des emprunts de court terme émis par l'Acoss), soit par des emprunts à moyen-long terme émis par la Cades. Le paiement des intérêts et le remboursement du principal de ces emprunts sont financés par les recettes affectées à cet organisme (la contribution au remboursement de la dette sociale – CRDS, une fraction de la CSG et des prélèvements sur les réserves du fonds de réserve pour les retraites ou FRR).

Pour couvrir les besoins de financement du régime général, l'Acoss est autorisée à emprunter à moins de douze mois. Elle est revenue en 2021 à la procédure habituelle des émissions directes sur les marchés financiers de titres de créances négociables¹⁰⁸. Ceux-ci ont représenté 98,5 % de l'encours moyen, contre 76 % en 2020, quand des financements *ad hoc* avaient dû être mis en place. Avec des taux d'intérêt à court-terme encore négatifs l'an dernier, le résultat financier, rétrocédé aux branches du régime général, a augmenté (271 M€ en 2021, après 143 M€ en 2020 et 120 M€ en 2019).

L'accumulation des déficits expose l'Acoss à des risques croissants de refinancement sur les marchés financiers et appelle de ce fait un allongement de la maturité du financement externe de la sécurité sociale. Dans cet objectif, la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a prévu la reprise par la Cades de 123 Md€ de déficits

¹⁰⁸ Les *Negotiable european commercial papers* (ou NeuCP, ex-billets de trésorerie et certificats de dépôts) depuis 2007 sur le marché parisien, et les *Euro commercial papers* (ou ECP) depuis 2010 sur le marché londonien.

sociaux : 31 Md€ de déficits antérieurs à 2020 des branches maladie, famille et vieillesse du régime général et du FSV (26,3 Md€), du régime de retraite des non-salariés agricoles (3,6 Md€) et de la CNRACL (1,3 Md€) et 92 Md€ de déficits prévisionnels des branches précitées du régime général, du FSV et du régime de retraite des non-salariés agricoles au titre des exercices 2020 à 2023. En outre, la Cades doit verser 13 Md€ aux établissements de santé publics et privés non lucratifs, afin de leur permettre de se désendetter, mais aussi, depuis la LFSS 2021, d'investir. Pour réaliser ces opérations, l'existence de la Cades a été prolongée de 2024 à fin 2033.

Des décrets ont fixé les versements de la Cades à l'Acoss à 20 Md€ en 2020, 40 Md€ en 2021 et 40 Md€ en 2022. Le tableau ci-après donne la répartition par exercice et par nature d'opérations des versements intervenus depuis 2021, ainsi que de ceux pouvant être anticipés pour 2023.

**Tableau n° 12 : montants repris par la Cades
par exercices et par catégories d'opérations (en Md€)**

	2020	2021	2022	2023 (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 + FSV 2021			25,9	1,7	27,6
Dette établissements de santé		5,0	5,0	3,0	13,0
Reste pour reprise déficits 2022 et 2023				31,3	31,3
Total	20,0	40,0	40,0	36,0	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 la LFSS 2022

La Cades n'a finalement pas repris les déficits 2020 de la branche vieillesse et de la branche famille, au motif que les situations nettes de ces branches restaient excédentaires à fin 2020 après l'imputation des déficits 2020¹⁰⁹. Les seuls déficits repris pour l'exercice 2020 ont été ceux de la branche maladie et du FSV. Il en serait de même en 2023 pour la reprise des déficits 2021, la branche vieillesse conservant une situation nette positive à fin 2021.

¹⁰⁹ Décret n° 2022-23 du 11 janvier 2022.

2 - Une nouvelle augmentation prévisible de la dette sociale globale à fin 2022

Entre 2015 et 2019, la réduction continue du déficit des régimes de sécurité sociale et du FSV, conjuguée aux résultats excédentaires de la Cades (après paiement des intérêts et avant remboursement du principal des emprunts), avait permis à la sécurité sociale – prise dans l’ensemble de ses composantes – de se désendetter.

La crise sanitaire a interrompu cette évolution favorable. La dette sociale portée par la Cades et par l’Acoss, entendue comme les déficits non encore amortis, a augmenté de 25,9 Md€ en 2020, puis de 14,1 Md€ en 2021, atteignant ainsi 154,7 Md€ fin 2021.

Au regard des soldes pour l’année 2022 prévus par le PLFSS pour 2023, la dette sociale progresserait à nouveau de 4,9 Md€ en 2022, pour atteindre 159,6 Md€ en fin d’année, soit un niveau plus élevé, en valeur absolue, que le point haut précédemment atteint en 2014 (158,3 Md€).

Tableau n° 13 : évolution de la dette sociale portée par la Cades et par l’Acoss (2018-2021, en Md€)

	2018	2019	2020	2021	2022 (p)
Situation nette négative Cades	105,3	89,1	93,0	115,2	136,6
Cumul déficits non repris par la Cades (hors branche AT-MP) et maintenus à l’Acoss	22,7	25,6	47,6	39,5	23,0
Total dette sociale (déficits non amortis)	128,0	114,7	140,6	154,7	159,6

Source : Cour des comptes d’après les comptes 2018 à 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 la CCSS de septembre 2022

Au vu des prévisions du PLFSS 2023, la sécurité sociale recommencerait à se désendetter en 2023 et continuerait à le faire entre 2024 et 2026, les déficits annuels, bien qu’en augmentation à partir de 2024, restant inférieurs aux résultats excédentaires annuels de la Cades¹¹⁰. Comme il a été souligné, des incertitudes affectent cependant ces prévisions.

¹¹⁰ Selon le PLFSS 2023, la Cades aurait des résultats excédentaires de 18,6 Md€ en 2022 (consacrés à hauteur de 15 Md€ à l’amortissement des déficits de la sécurité sociale et de 3 Md€ à la dernière tranche de dotations aux hôpitaux) et de 17,7 Md€ en 2023 (entièrement disponibles pour le désendettement de la sécurité sociale).

3 - Un allongement prévisible de la durée de vie de la Cades à conditionner à une trajectoire de retour à l'équilibre

En 2023, et éventuellement en 2024, la Cades sera encore en mesure de verser un montant total de 36 Md€ en application de la loi du 7 août 2020, dont 33 Md€ au titre des déficits sociaux et 3 Md€ pour les établissements hospitaliers. Le montant disponible pour reprendre les déficits 2022 et 2023 des branches maladie et vieillesse du régime général – dont la situation nette deviendra négative – peut être estimé à 31,3 Md€. Il devrait permettre de reprendre les déficits 2022 et l'essentiel des déficits 2023 au vu des prévisions du PLFSS 2023¹¹¹. Cependant, comme il a été souligné, les prévisions de solde relatives à l'année 2023 présentent des aléas.

En tout état de cause, de nouvelles dispositions seraient à adopter afin d'organiser la reprise par la Cades des déficits des branches maladie et vieillesse à compter de 2024. Dans l'annexe B du PLFSS pour 2023, ces déficits, sur le champ de l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale, sont estimés à 39 Md€ en cumul pour les années 2024 à 2026. Ils représentent plus de deux années de résultats excédentaires de la Cades.

De manière générale, tant que les branches maladie et vieillesse connaissent des déficits, sans perspective de compensation ultérieure par des excédents, le transfert de ces déficits à la Cades serait à organiser.

La Cour considère cependant que la mise en œuvre de nouveaux transferts de déficits à la Cades au-delà du plafond de 123 Md€ fixé par la loi du 7 août 2020 nécessite la définition préalable d'une trajectoire documentée de retour à l'équilibre des branches maladie et vieillesse, structurellement déficitaires. À moins d'accroître les ressources de la Cades, ces transferts conduiront en effet à allonger encore la durée de vie de cet organisme au-delà du terme de 2033 fixé en 2020. Afin de permettre le désendettement de la sécurité sociale, il convient de surcroît de préserver à l'avenir les ressources de la Cades pouvant être consacrées à la reprise de déficits des régimes de sécurité sociale et du FSV.

¹¹¹ La CCSS de septembre 2022 prévoit des déficits de 20,3 Md€ pour la branche maladie et de 1,8 Md€ pour la branche vieillesse en 2022, et de 9,8 Md€ pour la branche maladie et de 2,3 Md€ pour la branche vieillesse en 2023, tandis que le FSV serait en excédent de 2,1 Md€ sur les deux exercices. Le déficit cumulé des deux branches maladie et vieillesse sur les deux exercices est donc estimé à 34,2 Md€ (32,1 Md€ y compris FSV), soit un peu plus que la capacité de reprise de déficits de la Cades.

Des ressources de la Cades à préserver

Entre 2021 et 2023, les excédents de la Cades affectés à la reprise de déficits des régimes de sécurité sociale et du FSV ont été réduits afin de financer, en dehors de la norme de dépenses de l'Ondam, 6,5 Md€ de reprises de dettes hospitalières et 6,5 Md€ d'investissements.

À partir de 2024, la réaffectation à la branche autonomie d'une partie de la CSG affectée à la Cades, afin de financer une augmentation des dépenses médico-sociales, viendra réduire ces mêmes excédents d'un montant estimé à 2,3 Md€ par an. Selon l'annexe B du PLFSS 2023, la Cades assure le retour de la branche autonomie à l'équilibre financier en 2024, sans que le projet de loi de financement ne modifie par ailleurs ses ressources.

C - Des réformes nécessaires

Le haut niveau des prélèvements obligatoires en France et l'importance du déficit budgétaire de l'État rendent difficilement envisageable l'affectation à la sécurité sociale de recettes, nouvelles ou réaffectées. Le retour des régimes de sécurité sociale et du FSV à l'équilibre est donc à rechercher par des réformes de portée significative à même de renforcer l'efficacité des dépenses de prestations sociales.

1 - Des dépenses sociales élevées en France et une protection sociale inégalement réformée

Le niveau des dépenses publiques en France est un des plus élevés du monde, à 58,0 % du PIB en 2021. Comme le rappelle le rapport de la Cour sur la stratégie des finances publiques publié en juin 2021¹¹⁸, il était en 2019 de 8,6 points supérieur à la moyenne européenne, cet écart ayant progressé de 3,8 points depuis 2001. Pour les seules dépenses sociales, l'écart aux autres pays européens était de 3,8 points de PIB, dont 2,2 points sur la retraite (+ 1,3 point depuis 2001), 0,9 point sur la maladie et l'invalidité (+ 0,3 point depuis 2001) et 0,7 point sur la famille (- 0,2 point depuis 2001).

Une part importante des revenus des ménages prend ainsi en France la forme de prestations, et de nombreux services sociaux sont gratuits ou facturés pour des montants en-deçà de leur coût de production.

¹¹⁸ Cour des comptes, *Une stratégie de finances publiques pour la sortie de crise*, rapport au Premier ministre, juin 2021.

S'agissant des prestations familiales et, plus généralement, des aides aux familles, les pouvoirs publics avaient décidé d'en moduler plus fortement les règles d'attribution et de calcul en fonction des revenus des ménages et de renforcer ainsi la redistribution verticale qu'elles opèrent entre les différents niveaux de revenus¹¹⁹. À partir de 2023 toutefois, selon l'annexe B du PLFSS 2023, la progression des dépenses de la branche redeviendrait très dynamique¹²⁰, sous l'effet de l'indexation des prestations sur l'inflation, de l'augmentation de montants ou de l'extension du champ de prestations¹²¹ et de transferts de prise en charge au bénéfice de la branche maladie (2 Md€ au titre des indemnités journalières maternité en 2023).

Le système de retraite a été plusieurs fois réformé depuis 1993¹²². Les réformes ont conduit à ralentir fortement la croissance des dépenses et ont permis d'engager un mouvement de convergence des règles entre les régimes, encore inachevé. Pour autant, le système de retraite connaît un déséquilibre financier durable. Selon le rapport du conseil d'orientation des retraites (COR) de septembre 2022, même en prenant en compte l'hypothèse la plus favorable (augmentation annuelle de 1,6 % de la productivité du travail en moyenne), la part dans le PIB des dépenses de retraite de base des salariés du secteur privé relevant du régime général de sécurité sociale dépasserait toujours à l'avenir celle de 2021 (6,1 % à partir de 2039 contre 5,8 %). Cette prévision ouvre la perspective d'un déséquilibre financier structurel de la branche vieillesse du régime général, principal régime de sécurité sociale qui doit assurer son équilibre par ses propres moyens, sans subvention du budget de l'État.

Pour leur part, les dépenses de santé (plus de 11 % du PIB au sens international) et la part de leur financement mutualisé par l'assurance maladie (près de 80 % de la consommation de soins et de biens médicaux) s'inscrivent en France à des niveaux élevés par rapport à la plupart des pays européens dotés d'un haut niveau de protection sociale¹²⁴. La part des dépenses à la charge directe des patients diminue en raison du poids

¹¹⁹ Cf. *supra* I.C.4 et Cour des comptes, « *L'évolution des dépenses de prestations familiales et d'assurance retraite : des réformes et des effets importants pour les assurés* », in *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2020.

¹²⁰ Elle progresserait de 8,6 % en 2023 puis de 3,6 % par an en moyenne jusqu'en 2026, alors que la dépense avait été stable de 2018 à 2022.

¹²¹ En 2023, une augmentation de l'allocation de soutien familial et une extension du complément de libre choix de mode de garde (CMG) pour répondre en particulier aux besoins des familles monoparentales, pour un coût total estimé à 0,9 Md€.

¹²² Cour des comptes, « *Continuer à adapter le système de retraite pour résorber les déficits et renforcer l'équité* », octobre 2021.

¹²⁴ Cour des comptes, « *Santé : garantir l'accès à des soins de qualité et résorber le déficit de l'assurance maladie* », décembre 2021.

grandissant dans le total des dépenses des affections de longue durée prises en charge à 100 % par l'assurance maladie, de la généralisation des assurances complémentaires privées à la quasi-totalité de la population et, plus récemment, du 100 % santé pour les équipements dentaires et auditifs¹²⁵. En 2020, le taux moyen de reste à charge a été en France de 6,5 % de la consommation de soins et de biens médicaux, le plus bas d'Europe, en baisse de 2,4 points depuis 2011¹²⁶.

Les domaines de l'organisation des soins et de leur prise en charge par l'assurance maladie ont été moins réformés que les retraites et les aides aux familles. Dans le cadre d'une comparaison des conditions dans lesquelles les pays européens ont réformé leurs systèmes de santé et de protection maladie après la crise de 2009¹²⁷, la Cour a constaté que la France était l'un des pays européens dans lequel les dépenses ont le plus progressé et qui a conduit le moins de réformes structurelles.

L'usage des médicaments génériques et, plus récemment, biosimilaires a été fortement encouragé dans tous les pays européens. Il dépasse 80 % des médicaments remboursables au Royaume-Uni et en Allemagne mais n'atteint toujours que 40 % en France.

La France a une densité de personnels médicaux et paramédicaux équivalente à celle des autres pays¹²⁸. Elle souffre toutefois de leur mauvaise répartition territoriale, laissant apparaître des zones géographiques insuffisamment pourvues en médecins, d'une coordination insuffisante de leurs interventions respectives et d'une définition étroite des compétences reconnues aux professionnels paramédicaux, compte tenu de possibilités limitées d'approfondissement de leur formation au-delà de bac+3.

La réorganisation du système hospitalier par une réduction des capacités et un report d'une partie de leur activité vers le secteur ambulatoire en ville est restée plus mesurée en France (et en Allemagne) que dans d'autres pays (Suède, Royaume-Uni ou Pays-Bas), où le nombre de lits

¹²⁵ Pour l'optique, la mise en œuvre du 100 % santé a toutefois conduit à une augmentation du reste à charge en raison de la baisse de la prise en charge sur les produits au tarif libre et du faible succès des lunettes remboursées.

¹²⁶ Drees, « *Les dépenses de santé en 2020* », édition 2021.

¹²⁷ Cour des comptes, « *Dix ans d'évolution des systèmes de soins et de prise en charge des dépenses de santé en Europe : de profonds changements, des enseignements pour des réformes du système de soins en France* », in *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018*.

¹²⁸ Les effectifs de médecins ont continué à augmenter en France (226 859 en 2019, tous modes d'exercice confondus, soit + 5 % depuis 2008), de même que celui des agents de la fonction publique hospitalière (1,18 million fin 2019, soit + 16 % depuis 2008).

d'hôpital par habitant est plus de deux fois inférieur à celui en France. Les réductions de capacité y sont généralement allées de pair avec une politique de regroupement hospitalier. Par comparaison, les groupements hospitaliers de territoire (GHT), auxquels sont rattachés l'ensemble des hôpitaux publics, assurent une intégration encore limitée des activités de soins et des fonctions support en leur sein. La Cour a préconisé de leur reconnaître la personnalité morale et de supprimer celle de leurs établissements afin de renforcer les synergies entre ces derniers¹²⁹.

Le dynamisme des rémunérations des professionnels de santé

Pour les médecins libéraux, les rémunérations ont crû à un rythme rapide sous l'effet de revalorisations du tarif de base de la consultation médicale (lettre C), mais aussi de la hausse des rémunérations hors lettre (grille des actes techniques, rémunération sur objectifs de santé publique), du dynamisme du volume des actes, insuffisamment régulé, et de la poursuite de l'augmentation des dépassements d'honoraires en valeur absolue.

Les modes de rémunération des médecins libéraux ont moins évolué en France que dans d'autres pays européens (capitation au Royaume-Uni, rémunération sur objectifs de santé publique en Suède et en Italie, mécanismes pénalisant les installations de praticiens libéraux dans les zones surdotées en Allemagne, incitations à la prise en charge de patients en situation sociale fragile au Royaume-Uni, etc.). Le paiement à l'acte reste ainsi prépondérant.

Si les personnels hospitaliers ont subi le gel du point d'indice, appliqué en France de 2010 à 2015 puis de 2018 à 2021, comme pour toute la fonction publique, ils ont bénéficié depuis 2020 de mesures catégorielles et des revalorisations importantes du Ségur de la santé.

La norme d'évolution de dépenses de l'Ondam appliquée avant la crise sanitaire n'a pas été particulièrement stricte. Elle a plus pesé sur l'hôpital public que sur les professionnels de ville et a été d'autant plus durement ressentie qu'elle n'a pas pris appui sur des réformes de l'organisation des soins, mais s'est traduite par des réductions de moyens budgétaires alloués annuellement. Cela invite à faire évoluer la régulation des dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie dans un cadre pluriannuel, déconcentré, intégrant les soins de ville et mis en cohérence avec les objectifs de santé publique¹³⁰.

¹²⁹ Cour des comptes, « *Les groupements hospitaliers de territoire : un bilan en demi-teinte, une réforme à poursuivre* », in *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2020*.

¹³⁰ Cour des comptes, « *Les dépenses d'assurance maladie : une régulation à rénover* », in *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2021*.

Récemment, devant la crise majeure suscitée par l'épidémie de covid, les difficultés rencontrées à l'hôpital, malgré l'implication des personnels, peuvent être en grande partie imputées à une répartition inadéquate des moyens humains et financiers entre les établissements et, en leur sein, entre services, ainsi qu'aux carences de l'organisation de la continuité et de la gradation des soins entre établissements d'amont et d'aval, entre secteur privé et secteur public, entre soins de ville et soins hospitaliers, et avec le secteur médico-social.

2 - Mieux maîtriser les dépenses de la sécurité sociale

Le rétablissement des finances sociales suppose l'adoption d'un programme de réformes clairement défini dans une loi de programmation des finances publiques couvrant l'ensemble de la législature et mise en œuvre avec constance. À cet égard, les évolutions récentes de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale¹³¹ ont amélioré les conditions dans lesquelles le Parlement pourrait apprécier les résultats de réformes sur la trajectoire des finances sociales et la nécessité éventuelle d'actions complémentaires. En particulier, le rapport annexé au PLFSS présentera un « compteur des écarts » de dépenses cumulés des régimes de sécurité sociale et du FSV entre la LFSS et la LPFP pour chacun des exercices et pourra inclure « *le cas échéant, les mesures prévues par le Gouvernement pour les réduire* ».

Cette réforme du cadre organique des lois de financement de la sécurité sociale pourrait être complétée, comme le propose le chapitre II de ce rapport¹³², par une stabilisation des conditions d'affectation des recettes et une simplification de grande ampleur des circuits de financement de la sécurité sociale. Les évolutions proposées par la Cour permettraient de donner un cadre stable à la trajectoire de retour à l'équilibre des comptes sociaux et de clarifier les conditions de mise en œuvre et les résultats des réformes concourant à sa réalisation.

Pour la famille, et notamment l'accueil du jeune enfant, la France consacre des dépenses en pourcentage du PIB parmi les plus importantes des pays européens, malgré les réformes réalisées. Le gonflement des excédents de la branche est lié à l'écart croissant entre des dépenses stables hors inflation et des recettes progressant comme la masse salariale. Il n'est pas anormal que ces excédents financent des dépenses d'assurance maladie en croissance structurelle du fait du vieillissement de la population ; les

¹³¹ Loi organique n° 2022-353 du 14 mars 2022.

¹³² Chapitre II, « *Le financement de la sécurité sociale, des règles à stabiliser et à clarifier* ».

transferts de recettes entre branches devraient cependant être organisés de façon transparente¹³³.

En matière de retraite, l'âge moyen de départ en France est relativement faible, en raison en particulier de la fréquence des départs anticipés à la retraite : il était estimé en 2019 à 62,3 ans en moyenne pour les hommes et à 62,2 ans pour les femmes, contre 64 ans et 63,5 ans dans l'Union européenne. Le système de retraite continuerait à connaître des déficits pendant au moins dix ans, bien que de moindre ampleur que ceux anticipés il y a trente ans, avant les réformes intervenues depuis lors.

Pour restaurer la soutenabilité du système de retraite, les paramètres sont nombreux (âge d'ouverture des droits à retraite, dispositifs de départ anticipé, conditions pour une retraite à taux plein, indexation des pensions, etc.) mais, *in fine*, la maîtrise des dépenses de retraite passe par un recul des âges de départ à la retraite ou une baisse du niveau relatif des pensions.

La Cour a recommandé d'agir en priorité sur l'âge de départ effectif en retraite¹³⁴ et, en amont de l'adoption d'une telle réforme, de procéder à une concertation approfondie de l'ensemble des parties prenantes, portant notamment sur la place des considérations d'équité entre générations et au sein de chaque génération, le devenir des dispositifs de départ anticipé, les conditions de la protection des personnes vulnérables sur le plan économique et social, ainsi que l'effort particulier à engager pour maintenir dans l'emploi les salariés seniors et augmenter ainsi leur taux d'activité. Les prévisions du COR (voir *supra*) confirment la nécessité de continuer à réformer le système de retraite dans un double objectif d'équilibre financier et d'équité entre les générations de cotisants et de retraités.

Concernant les dépenses de santé et d'assurance-maladie, l'effort devrait porter sur les moyens d'améliorer leur qualité à long terme. Sans viser à l'exhaustivité, la Cour¹³⁵ a préconisé un ensemble de réformes visant à mobiliser plus activement : une réorganisation des acteurs du système de santé en fonction d'objectifs d'accessibilité, de continuité, de qualité et de sécurité des soins ; une réforme des rémunérations visant à réduire les rentes de situation au détriment de l'assurance maladie et des patients, à améliorer la qualité des soins et à ralentir la hausse des dépenses les plus dynamiques ; une politique plus déterminée de réduction des causes évitables de dépenses de santé ; un usage plus large et efficace des technologies numériques.

¹³³ Chapitre II du présent rapport, « *Le financement de la sécurité sociale, des règles à stabiliser et à clarifier* ».

¹³⁴ Cour des comptes, Rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques, juillet 2022.

¹³⁵ Cour des comptes, « Santé : garantir l'accès à des soins de qualité et résorber le déficit de l'assurance maladie », décembre 2021.

Par ailleurs, la Cour illustre régulièrement dans ses rapports les domaines dans lesquels des réformes permettraient de produire des économies importantes sans remettre en cause la qualité des soins, tels l'imagerie médicale dans ce rapport¹³⁶ et les analyses biologiques, la télésanté, les soins de suite et de réadaptation et les soins psychiatriques dans le précédent¹³⁷. Comme le souligne enfin le chapitre III de ce rapport, un enjeu particulier s'attache à l'amélioration des procédures et de l'objet des négociations conventionnelles conduites par l'assurance maladie avec les professionnels libéraux de santé, marquées par un cadrage financier insuffisamment rigoureux, une définition inaboutie des contreparties attendues aux hausses de rémunération accordées et une promotion limitée de l'exercice pluriprofessionnel et coordonné au bénéfice du patient¹³⁸.

Sur un autre plan, enfin, la part des dépenses de santé socialisées par l'assurance maladie pourrait être mieux utilisée pour réguler l'offre de soins, afin de réduire les actes et soins redondants ou inadéquats. Il pourrait aussi être envisagé d'augmenter la part des dépenses restant à la charge directe des patients, en mettant en place un « bouclier sanitaire », plafonnant ces dépenses en fonction du niveau de leurs revenus et, le cas échéant, de l'existence d'une affection de longue durée. De tels dispositifs existent dans d'autres pays européens (Allemagne, Belgique).

¹³⁶ Chapitre IV du présent rapport, « *L'imagerie médicale, des évolutions en cours, des réformes encore nécessaires* ».

¹³⁷ Cour des comptes « *Les dépenses de biologie médicale : des efforts d'efficience encore insuffisants* », « *La télésanté : des outils à mettre au service de la coordination des soins* » et « *Soins de suite et de réadaptation, soins psychiatriques, accueil des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées : dix ans de réformes inabouties du financement des établissements et services* », Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2021.

¹³⁸ Chapitre III du présent rapport, « *La contribution des conventions avec les professionnels de santé de ville à la maîtrise et à la qualité des dépenses d'assurance maladie : des progrès à poursuivre, des évolutions nécessaires* ».

CONCLUSION

En 2021, le déficit des régimes de sécurité sociale et du FSV est resté d'un niveau élevé malgré le fort rebond des recettes entraîné par la reprise de l'économie. Les dépenses liées à la crise sanitaire sont à l'origine d'une part prépondérante de ce déficit, sans en être la seule cause. Les dépenses liées aux revalorisations salariales accordées aux personnels des établissements de santé et médico-sociaux dans le cadre du « Ségur de la santé » contribuent au déficit de l'assurance maladie. Les retraites de base connaissent, elles aussi, un déficit structurel.

En 2022, le déficit de la sécurité sociale continuerait à se réduire grâce au dynamisme des recettes, permis notamment par les créations d'emplois et les hausses de salaires et à une réduction des dépenses liées à la crise sanitaire. Hors crise sanitaire, le déficit ne connaîtrait cependant pas de réduction en raison d'une forte progression des dépenses.

Selon le PLFSS 2023, le déficit poursuivrait sa réduction en 2023 avant d'augmenter à nouveau à partir de 2024. Les branches vieillesse et maladie ne reviendraient pas à l'équilibre d'ici 2026 et le déficit de la branche vieillesse pourrait même connaître une forte augmentation. Les hypothèses sur lesquelles reposent ces prévisions pourraient elles-mêmes être trop optimistes, qu'il s'agisse des prévisions de croissance ou des objectifs de dépenses d'assurance maladie.

Afin de prévenir la perpétuation d'une dette sociale pesant sur les générations futures, il convient d'organiser une trajectoire de retour à l'équilibre de la sécurité sociale, fondée sur une inflexion significative de l'évolution des dépenses par rapport à leur tendance spontanée.

Un retour à l'équilibre financier de la sécurité sociale appelle ainsi la mise en œuvre d'un programme pluriannuel de réformes dans les domaines de l'assurance-maladie et des retraites. Les pouvoirs nouveaux conférés au Parlement par la récente loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale sont de nature à l'associer plus étroitement à la définition du contenu et du calendrier de ces réformes et à lui permettre d'en contrôler la mise en œuvre effective.

**Avis de la Cour sur la cohérence
des tableaux d'équilibre et du tableau
patrimonial de la sécurité sociale
pour l'exercice 2021**

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 patrimonial relatifs au dernier exercice clos, en l'espèce l'exercice 2021. Ces documents seront soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023¹³⁹.

Les tableaux d'équilibre correspondent à des comptes de résultat combinés¹⁴⁰ couvrant, respectivement, l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, le régime général et les organismes concourant à leur financement ; cette dernière catégorie comprend un seul organisme, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

En 2021, le déficit agrégé du régime général et du FSV, selon les comptes publiés, s'est établi à 24,4 Md€, contre 38,7 Md€ en 2020. Celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV a atteint 24,3 Md€, contre 39,7 Md€ en 2020. La Cour a relevé dans le rapport de certification des comptes de la sécurité sociale qu'un traitement comptable a conduit à ne pas donner une image fidèle des montants des produits et du solde de l'exercice 2021 et de leur évolution entre les exercices 2020 et 2021.

Le tableau patrimonial correspond à un bilan combiné des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement (FSV), à l'amortissement de leur dette (Caisse d'amortissement de la dette sociale - Cades -) et à la mise en réserve de recettes à leur profit (Fonds de réserve pour les retraites - FRR -).

Compte tenu des déficits des régimes et du FSV, et malgré l'excédent de la Cades, les fonds propres retracés par le tableau patrimonial (- 93,5 Md€ au 31 décembre 2021) se sont détériorés de 6,8 Md€ par rapport à 2020 et l'endettement financier net de la sécurité sociale (115,3 Md€ fin 2021) s'est accru de 4,6 Md€ par rapport à 2020.

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

¹³⁹ La loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2022, prévoit l'application des dispositions antérieures pour l'approbation des tableaux au 31 décembre 2021.

¹⁴⁰ 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.

I - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre pour l'exercice 2021

L'article LO. 111-3 (I- A. 1^o) du code de la sécurité sociale, en sa rédaction antérieure à la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, dispose que la loi de financement de la sécurité sociale, dans sa partie comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos, « *approuve les tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et des organismes concourant au financement de ces régimes* ».

Pour l'application de ces dispositions, seront soumis à l'approbation du Parlement, dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement 2023, trois tableaux d'équilibre distincts relatifs au dernier exercice clos : le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale mentionnés dans la liste triennale, présenté par branche ; le tableau d'équilibre du régime général, également présenté par branche¹⁴² ; 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)¹⁴⁴.

Le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base regroupe les données de 30 régimes¹⁴⁵, dont le détail est récapitulé en annexe. En dehors du régime général, les régimes obligatoires de base comprennent douze régimes d'assurance vieillesse, un régime d'assurance maladie, deux régimes d'accidents du travail-maladies professionnelles, un régime mixte d'assurance vieillesse et d'assurance maladie, cinq régimes mixtes d'assurance vieillesse et d'accidents du travail-maladies professionnelles ainsi que huit régimes mixtes d'assurance maladie, d'assurance vieillesse et d'accidents du travail-maladies professionnelles.

¹⁴² Depuis l'instauration de la protection universelle maladie (Puma) en 2016, le tableau d'équilibre de la branche maladie du régime général de sécurité sociale intègre les charges et produits liés aux droits de base de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie, financièrement intégrés au régime général. Ces droits de base correspondent aux prestations servies par le régime général.

¹⁴⁴ Depuis 2016, conformément à une recommandation de la Cour, l'article 1^{er} de la loi de financement de la sécurité sociale intègre une rubrique relative au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) au sein du tableau d'équilibre du régime général et de celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

¹⁴⁵ Le périmètre de ce tableau d'équilibre comprend les 29 régimes mentionnés sur la liste triennale annexée au projet de loi de financement pour 2021 (dernière publication, avec les données relatives à l'exercice 2019) ainsi que les régimes de retraites du Sénat.

Une partie de ces régimes, fermés ou ayant fait l'objet d'un transfert ou d'une fusion, n'a pas enregistré de dépenses ou recettes en 2021¹⁴⁶.

Établis par la direction de la sécurité sociale, 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 ».

Les « recettes » et les « dépenses » ne correspondent pas à des recettes encaissées et à des dépenses décaissées¹⁴⁷, mais à des produits et à des charges d'une comptabilité générale établie en droits constatés¹⁴⁸, 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 soumis à l'approbation du Parlement, dans lesquels figurent des montants globaux de produits et de charges, fournissent une information très réduite sur la formation des soldes soumis à l'approbation du Parlement. L'annexe 4 au projet de loi de financement détaille ces produits et charges, en commente l'évolution par rapport à l'exercice précédent et aux prévisions et précise par ailleurs les règles appliquées pour établir les tableaux.

A - Les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2021

Les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2021 présentés ci-après seront soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023¹⁴⁹.

La Cour n'a pas été rendue destinataire par la direction de la sécurité sociale du projet d'annexe 4 au projet de loi de financement, pour la partie relative aux informations intéressant les tableaux d'équilibre. De ce fait,

¹⁴⁶ À la suite de leur intégration à la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles respectivement du régime général et de la mutualité sociale agricole (MSA), c'est le cas des fonds communs des accidents du travail des salariés non agricoles (Fcat) et des salariés agricoles (Fcata). Il en est de même depuis 2018, à la suite de sa clôture du régime des chemins de fer de l'Hérault (un seul bénéficiaire en 2019), de l'intégration du port autonome de Bordeaux à la Cnam et de la fusion du régime des accidents du travail du département de Paris avec le régime accident du travail de la Mairie de Paris.

¹⁴⁷ Comme c'est le cas, par exemple, dans la comptabilité budgétaire de l'État.

¹⁴⁸ Depuis 1996, les organismes de sécurité sociale doivent tenir leur comptabilité en droits constatés.

¹⁴⁹ En application de l'article 9 de la loi organique n°2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

elle n'a pu examiner la portée des éléments qui y figurent pour la bonne information du Parlement sur les règles d'établissement des tableaux d'équilibre, le détail des recettes et des dépenses et leur contribution à la formation des soldes de l'exercice 2021.

En 2021, selon les comptes établis par les organismes nationaux, le régime général a enregistré un déficit de 22,8 Md€, contre un déficit de 36,2 Md€ en 2020, tandis que le déficit du FSV est passé de 2,5 Md€ en 2020 à 1,5 Md€ en 2021. Au total, le sous-ensemble constitué par le régime général et le FSV a dégagé un déficit de 24,4 Md€, contre un déficit de 38,7 Md€ en 2020.

Toutefois, comme la Cour l'a relevé dans le rapport de certification des comptes du régime général pour l'exercice 2021¹⁵⁰, les modalités de comptabilisation des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants conduisent à ne pas donner une image fidèle du déficit du régime général en 2021 et de son évolution entre 2020 et 2021. À la suite des régularisations intervenues en 2021 des appels provisionnels effectués en 2020, le résultat de l'exercice 2021 du régime général se trouve majoré de 5 Md€ en 2021 (le résultat de l'exercice 2020 étant pour sa part minoré de ce même montant).

Tableau n° 14 : tableau d'équilibre du régime général de sécurité sociale au titre de 2021

	<i>En Md€</i>		
	Produits	Charges	Solde
Maladie	207,9	234,0	- 26,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,6	12,4	1,2
Vieillesse	142,8	143,9	- 1,1
Famille	51,8	48,9	2,9
Autonomie	32,8	32,6	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches) en net	435,1	457,9	- 22,8
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse en net	435,1	459,5	- 24,4

Source : direction de la sécurité sociale¹⁵¹

¹⁵⁰ Voir Cour des comptes, *Certification des comptes du régime général de sécurité sociale - exercice 2021*, mai 2022.

¹⁵¹ 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.

**Tableau n° 15 : tableau d'équilibre des organismes concourant
au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale**

En Md€

	Produits	Charges	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	17,7	19,3	- 1,5

Source : direction de la sécurité sociale

**Tableau n° 16 : tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes
obligatoires de base de sécurité sociale au titre de 2021**

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	209,4	235,4	- 26,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	15,1	13,9	1,3
Vieillesse	249,4	250,5	- 1,1
Famille	51,8	48,9	2,9
Autonomie	32,8	32,6	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches) en net	544,2	567,0	- 22,7
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse, en net ¹⁵³	543,0	567,3	- 24,3

Source : direction de la sécurité sociale¹⁵⁴

B - Avis de la Cour

Conformément aux dispositions organiques du code de la sécurité sociale et du code des juridictions financières, la Cour exprime un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos.

¹⁵³ 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.

¹⁵⁴ 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.

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 régimes¹⁵⁵).

**

En application des dispositions de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale (2° du VIII), en leur rédaction antérieure à la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, auxquelles 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 2021 établis par la direction de la sécurité sociale, qui seront soumis à l'approbation du Parlement à l'article premier du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

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

1. sous l'effet des modalités de comptabilisation des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants, les montants intégrés en 2021 aux tableaux d'équilibre du régime général et de l'ensemble des régimes de base ne fournissent pas une image fidèle des montants de produits et de solde (cf. C- 1 *infra*) ;

2. des faiblesses persistantes des dispositifs de contrôle interne et des difficultés comptables continuent à affecter la fiabilité des comptes intégrés aux tableaux d'équilibre pour l'exercice 2021, comme le soulignent le rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2021 et les rapports d'opinion des commissaires aux comptes de la Mutualité sociale agricole et du FSV pour ce même exercice (cf. C- 2 *infra*) ;

¹⁵⁵ Sur cette question, voir C- 2 *infra*.

3. 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- 3 *infra*).

C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour

1 - Les montants de produits et de solde intégrés aux tableaux d'équilibre du régime général et de l'ensemble des régimes de base ne fournissent pas une image fidèle de ces montants en 2021 et de leur évolution entre 2020 et 2021

Un point majeur de désaccord a conduit la Cour à refuser de certifier les comptes de l'activité de recouvrement pour l'exercice 2021. En effet, les modalités de comptabilisation des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants conduisent à ne pas donner une image fidèle des montants de produits et de déficit du régime général en 2021 et de leur évolution entre 2020 et 2021.

En 2020, le montant des appels provisionnels de cotisations et de contributions sociales effectués par les Urssaf auprès des travailleurs indépendants a été réduit de moitié afin de soutenir leur trésorerie dans le contexte de crise sanitaire. De ce fait, le montant des produits de 2020 s'est trouvé minoré. Par contre-coup, le montant des produits de 2021 s'est trouvé majoré d'un même montant, à la suite de la régularisation des appels provisionnels de cotisations et de contributions dues par les travailleurs indépendants au regard des revenus 2020 qu'ils ont déclarés en 2021.

Cet effet de périmètre conduit à majorer de 5 Md€ le résultat 2021 du régime général, dont 2,6 Md€ pour la branche maladie, 0,7 Md€ pour la branche famille, 1,6 Md€ pour la branche vieillesse et 0,1 Md€ pour la branche autonomie, et, symétriquement, à minorer celui de 2020 à hauteur de ce même montant¹⁵⁶.

¹⁵⁶ Lors de l'audit des comptes du régime général, afin d'assurer la comparabilité des exercices 2020 et 2021, la Cour avait préconisé de neutraliser l'effet de périmètre lié à la minoration des montants de prélèvements sociaux appelés en 2020, en corrigeant le bilan d'ouverture 2021 et en établissant un compte de résultat *pro forma* 2020. Cette demande n'a pas été suivie. Si elle l'avait été, il aurait été constaté, pour le régime général, un déficit *pro forma* pour 2020 de 31,2 Md€ et un déficit pour 2021 de 27,8 Md€. Le déficit ne se serait réduit entre 2020 et 2021 que de 3,4 Md€, au lieu de 13,4 Md€ dans les comptes arrêtés au titre de 2021.

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

À l'exception de régimes de petite taille auxquels s'attachent des enjeux financiers très limités, les comptes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité mentionnés dans la liste triennale annexée au projet de loi de financement pour 2021 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 déléguée¹⁵⁷, contrairement aux dispositions législatives qui prévoient une certification et, donc, un audit légal.

La Cour relève que, pour l'exercice 2021, huit rapports ne lui avaient pas été transmis sur les 26 attendus à la date du 1^{er} juin¹⁵⁸, étant précisé qu'aucun des 26 rapports attendus n'avait été transmis à cette date au titre de l'exercice 2020 et que 21 n'avaient pas été transmis à cette même date sur les 28 attendus au titre de l'exercice 2019.

¹⁵⁷ 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.

¹⁵⁸ L'article D. 114-4-5 du code de la sécurité sociale dispose que « *les comptes annuels ou les comptes combinés annuels sont transmis, accompagnés du rapport du commissaire aux comptes, aux autorités administratives compétentes et, pour information, à la Cour des comptes. Cette transmission intervient avant le 1^{er} juin qui suit la fin de l'exercice et quarante-cinq jours au plus tôt après leur réception par les commissaires aux comptes* ».

Tableau n° 17 : synthèse des opinions exprimées par les auditeurs externes sur les états financiers de l'exercice 2021 des régimes obligatoires de base et du FSV

	Branches du régime général	Autres régimes	En % des charges brutes 2021
Certification sans réserve(s)	-	CANSSM, Cavimac, CNAVPL, CNBF, CNIEG, CNMSS, CNRACL, Cropéra, CRPCF, CPRP SNCF, CRPCEN, CRP RATP, Enim, FATIACL, FSPOEIE, Ratocem, régime spécial de sécurité sociale des personnels de la BDF, Rentes AT (Mairie de Paris, AP de Paris), Risp	8,5
Absence de réserve (régimes sans personnalité morale distincte)	-	Régime des pensions des agents de l'État Régime de retraite de l'Assemblée nationale	8,7
Certification avec réserve(s)	Les cinq branches (maladie, AT-MP, vieillesse, famille et autonomie) du régime général	MSA, Enim, FSV	82,8
Refus de certifier	Activité de recouvrement du régime général		N/A (montants intégrés aux produits des organismes tributaires)

Source : Cour des comptes

Les opinions exprimées par les auditeurs externes sur les comptes des régimes de base de sécurité sociale et du FSV ont une incidence sur la fiabilité des données intégrées aux tableaux d'équilibre.

Dans ses opinions sur les comptes des branches du régime général de sécurité sociale, la Cour a tiré les conséquences de son désaccord sur le traitement comptable des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants. Elle a de surcroît 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 droit¹⁵⁹.

S'agissant des autres régimes, les comptes pour lesquels la Cour a été destinataire des rapports d'opinion de leurs commissaires aux comptes ont été certifiés sans réserve par ces derniers, sous trois exceptions. Au vu des opinions de la Cour sur les comptes de l'État et du régime général, les commissaires aux comptes de la Mutualité sociale agricole ont reconduit leur réserve relative aux incidences de la fiabilité insuffisante des données notifiées par l'État et par les autres organismes de sécurité sociale. Ceux de l'Établissement national des invalides de la marine (Enim) ont certifié avec réserve les comptes de cet établissement public, au motif des insuffisances, relevées par la Cour, du contrôle interne des processus de gestion des cotisations et contributions sociales des employeurs de marins et de marins non-salariés et des créances qui leur sont liées¹⁶⁰. Les commissaires aux comptes du FSV ont émis une nouvelle réserve, liée au constat par la Cour d'une couverture insuffisante des risques liés aux prélèvements sociaux précomptés sur les revenus de remplacement par les dispositifs de contrôle interne mis en œuvre par les Urssaf.

¹⁵⁹ Voir Cour des comptes, *Certification des comptes du régime général de sécurité sociale – exercice 2021*, mai 2022.

¹⁶⁰ Le recouvrement de ces prélèvements sociaux a été transféré au réseau des Urssaf au 1^{er} janvier 2021.

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

Au-delà des neutralisations des produits et charges réciproques entre les entités comprises dans leur champ, que décrira l'annexe 4 au projet de loi de financement pour 2023, les tableaux d'équilibre sont présentés en regroupant en recettes les produits et charges qui concernent les prélèvements sociaux affectés aux régimes de sécurité sociale et en dépenses les charges et produits qui concernent les prestations dont ils assurent le versement.

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

- en réduction des produits : les pertes sur créances de cotisations, de CSG et d'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 et du principe comptable général de non-compensation des produits et des charges.

De ce fait, elles minorent les montants des produits et des charges par rapport à ceux retracés dans les comptes des régimes de sécurité sociale et du FSV (à hauteur de 20,3 Md€ pour l'ensemble des régimes, dont 20,0 Md€ pour le régime général et 0,2 Md€ pour le FSV).

Ainsi, les soldes figurant dans les tableaux d'équilibre correspondent à l'agrégation des soldes des comptes de résultats des régimes et de leurs branches, mais la présentation des produits et des charges diffère de celle arrêtée selon le référentiel comptable des organismes de sécurité sociale.

II - Avis de la Cour sur la cohérence du tableau patrimonial au 31 décembre 2021

En application des dispositions de l'article LO. 111-3 (I- A. 3°) du code de la sécurité sociale, en leur rédaction antérieure à la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, est soumis à l'approbation du Parlement un rapport figurant à l'annexe A du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, qui retrace la situation patrimoniale, au 31 décembre 2021, 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 relatifs au dernier exercice clos.

Selon l'article LO. 111-4 (II-) du code de la sécurité sociale, ce rapport présente un tableau, établi au 31 décembre 2021, retraçant la situation patrimoniale des entités précitées.

Établi par la direction de la sécurité sociale, 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.

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

Le périmètre du tableau patrimonial est moins étendu que celui de la loi de financement de la sécurité sociale : certains régimes 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, par ailleurs, pas autorisés à recourir à l'emprunt par la loi de financement de l'année. De ce fait, les régimes de retraite de l'ex-Seita et de l'Assemblée nationale¹⁶¹ ne sont pas compris dans le champ du tableau patrimonial. La direction de la sécurité sociale considère par ailleurs que les caisses de retraites du Sénat, dont le

¹⁶¹ Caisses de retraites des députés et du personnel de l'Assemblée nationale.

montant du bilan dépasse 30 M€¹⁶², n'ont pas vocation à être intégrées au tableau patrimonial bien qu'elles le soient au tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale¹⁶³.

En 2021, le périmètre du tableau patrimonial comprend désormais la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), organisme gestionnaire de la cinquième branche autonomie, nouvellement créée. L'incidence sur les soldes du bilan patrimonial est toutefois de faible ampleur (+ 0,4 Md€ sur le total du bilan) dans la mesure où la majeure partie de son activité était auparavant retracée dans les comptes des branches maladie et famille.

A - Le tableau patrimonial au 31 décembre 2021

Le tableau patrimonial au 31 décembre 2021 présenté ci-après figurera à l'annexe A visée à l'article 2 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023¹⁶⁴ soumis à l'approbation du Parlement.

¹⁶² Au 31 décembre 2021, le total du bilan de la caisse de retraites des anciens sénateurs s'élève à 620 M€ et celui de la caisse de retraites du personnel à 736 M€.

¹⁶³ Étant précisé que la liste triennale annexée au projet de loi de financement pour 2021 fait mention des caisses de l'Assemblée nationale mais non de celles du Sénat.

¹⁶⁴ En application de l'article 9 de la loi organique n°2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

Tableau n° 18 : tableau patrimonial au 31 décembre 2021 (en Md€)¹⁶⁵

ACTIF (en Md€)	2021	2020	Écart	PASSIF (en Md€)	2021	2020	Écart
IMMOBILISATIONS	7,3	7,3	0,0	FONDS PROPRES	- 93,5	- 86,7	- 6,8
Immobilisations non financières	5,2	5,2	0,0	Dotations	21,5	19,0	2,5
Régime général	4,4	4,3	0,1	Régime général	3,8	0,2	3,6
Autres régimes	0,8	0,9	0,0	Autres régimes	8,4	7,3	1,0
FSV	0,0	0,0	0,0	FSV	0,0	0,0	0,0
Cades	0,0	0,0	0,0	Cades	0,2	0,2	0,0
FRR	0,0	0,0	0,0	FRR	9,2	11,3	- 2,1
Prêts, dépôts de garantie et autres	1,3	1,3	0,0	Réserves	23,5	22,9	0,6
Régime général	1,0	1,0	-0,1	Régime général	3,8	3,8	0,0
Autres régimes	0,3	0,3	0,0	Autres régimes	7,1	7,2	- 0,1
FSV	0,0	0,0	0,0	FSV	0,0	0,0	0,0
Cades	0,0	0,0	0,0	Cades	0,0	0,0	0,0
FRR	0,0	0,0	0,0	FRR	12,6	11,9	0,7
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale (Ugecam, UIOSS)	0,8	0,9	0,0	Report à nouveau	- 136,3	- 108,1	- 28,2
Régime général	0,8	0,9	0,0	Régime général	- 4,1	5,1	- 9,2
Autres régimes	0,0	0,0	0,0	Autres régimes	0,0	- 0,2	0,2
FSV	0,0	0,0	0,0	FSV	1,0	- 3,7	4,7
Cades	0,0	0,0	0,0	Cades	- 133,2	- 109,3	- 23,9
FRR	0,0	0,0	0,0	FRR	0,0	0,0	0,0
				Résultat de l'exercice	- 4,9	- 22,9	18,0
				Régime général	- 22,8	- 36,2	13,4
				Autres régimes	0,1	- 1,0	1,2
				FSV	- 1,5	- 2,5	0,9
				Cades	17,8	16,1	1,7

¹⁶⁵ Les sous-totaux et totaux affichés ne correspondent pas systématiquement à la somme des montants, en raison de l'application des règles d'arrondis.

ACTIF (en Md€)	2021	2020	Écart	PASSIF (en Md€)	2021	2020	Écart
				FRR	1,6	0,7	0,8
				Autres	2,7	2,5	0,2
				Régime général	0,0	0,0	0,0
				Autres régimes	0,0	0,0	0,0
				FSV	0,0	0,0	0,0
				Cades	0,0	0,0	0,0
				FRR	2,7	2,4	0,2
				PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES	21,4	20,9	0,6
				Régime général	19,0	18,4	0,6
				Autres régimes	2,2	2,2	0,0
				FSV	0,0	0,1	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	63,9	68,1	- 4,2	PASSIF FINANCIER	179,2	178,8	0,5
Valeurs mobilières et titres de placement	39,1	39,2	- 0,1	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, ECP)	167,4	165,5	1,9
Régime général	0,0	0,0	0,0	Régime général (échéance < 1 an)	44,1	62,5	- 18,4
Autres régimes	13,7	13,8	- 0,1	Cades (échéance < 1 an)	21,8	30,9	- 9,1
FSV	0,0	0,0	0,0	Cades (échéance > 1an)	101,5	72,1	29,4
Cades	0,0	0,0	0,0	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	6,1	7,3	- 1,3
FRR	25,4	25,3	0,0	Régime général (y compris prêts CDC)	5,0	6,0	- 0,9
Encours bancaire	24,3	26,9	- 2,6	Autres régimes (y compris prêts CDC)	0,0	0,4	- 0,3
Régime général	10,9	10,6	0,2	FSV	0,0	0,0	0,0
Autres régimes	5,9	5,6	0,2	Cades	1,0	1,0	0,0

ACTIF (en Md€)	2021	2020	Écart	PASSIF (en Md€)	2021	2020	Écart
FSV	0,0	0,0	0,0	FRR	0,0	0,0	0,0
Cades	7,0	9,9	- 2,9	Dépôts	0,2	0,4	- 0,2
FRR	0,6	0,7	- 0,2	Régime général	0,2	0,4	- 0,2
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,5	2,0	- 1,5	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,0	0,0	0,0
Cades	0,3	1,7	- 1,3	Acoss	0,0	0,0	0,0
FRR	0,2	0,3	- 0,2	FRR	0,0	0,0	0,0
				Autres	5,5	5,4	0,1
				Régime général	0,0	0,0	0,0
				Autres régimes	4,1	5,3	- 1,2
				Cades	1,3	0,1	1,2
ACTIF CIRCULANT	108,0	101,6	6,4	PASSIF CIRCULANT	72,0	64,1	7,9
Créances de prestations	8,6	12,1	- 3,5	Dettes à l'égard des bénéficiaires (y.c. charges à payer)	34,4	29,0	5,3
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	20,5	16,9	3,6	Dettes à l'égard des cotisants (y.c. charges à payer)	4,5	4,4	0,2
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et impôts de sécurité sociale	57,1	52,1	5,0				
Créances sur l'État, autres entités publiques et organismes de sécurité sociale	13,4	13,1	0,3	Dettes à l'égard de l'État, autres entités publiques et organismes de sécu. (y.c. charges à payer)	21,9	16,4	5,5
Produits à recevoir de l'État	1,5	1,9	- 0,4				
Autres actifs (débiteurs divers, comptes d'attente et de régul.)	6,9	5,5	1,4	Autres passifs (crédoeurs divers, comptes d'attente et de régul.) (y.c. charges à payer)	11,2	14,2	-3,1
TOTAL DE L'ACTIF	179,2	177,0	2,2	TOTAL DU PASSIF	179,2	177,0	2,2

Source : direction de la sécurité sociale

Le tableau patrimonial au 31 décembre 2021 traduit la dégradation de la situation patrimoniale de la sécurité sociale, dans le contexte de deux exercices marqués par les conséquences financières de la crise sanitaire. Il est établi à partir des comptes publiés par les organismes nationaux des régimes de base de sécurité sociale, notamment ceux du régime général, affectés par les traitements retenus pour comptabiliser les cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants, qui conduisent à ne pas donner une image fidèle de la répartition du déficit du régime général entre les deux exercices 2020 et 2021 (cf. avis sur les tableaux d'équilibre *supra*). Cette distorsion affecte le montant total des fonds propres au 31 décembre 2020, mais plus au 31 décembre 2021 ; leur ventilation entre le report à nouveau et le résultat de l'exercice 2021 s'en trouve cependant affectée.

Par analogie avec la présentation du compte général de l'État, le montant présenté en fonds propres (- 93,5 Md€ au 31 décembre 2021, contre - 86,7 Md€ fin 2020) pourrait être assimilé à la situation nette consolidée des entités entrant dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale.

En 2021, les fonds propres se sont détériorés de 6,8 Md€ (après avoir diminué de 25,3 Md€ en 2020 et s'être améliorés de 15,6 Md€ en 2019), sous l'effet d'une triple évolution.

D'une part, le **résultat net d'ensemble** montre un redressement (- 4,9 Md€, soit une amélioration de 18 Md€ par rapport à 2020), ce qui traduit :

- le redressement du solde du régime général (- 22,8 Md€ en 2021 contre - 36,2 Md€ en 2020) et de celui du FSV (- 1,5 Md€ contre - 2,5 Md€ en 2020), dans les comptes publiés, étant rappelé que la Cour a relevé¹⁶⁶ que le traitement comptable des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants a minoré de 5 Md€ le solde du régime général pour 2020 et a majoré du même montant celui pour 2021 ;
- le retour à un solde excédentaire pour les autres régimes (0,1 Md€ contre - 1,0 Md€ en 2020) ;
- une augmentation des soldes excédentaires de la Cades (17,8 Md€ contre 16,1 Md€ en 2020) et du FRR (1,6 Md€ contre 0,7 Md€ en 2020)¹⁶⁷.

¹⁶⁶ Rapport de *certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour 2021*, mai 2022.

¹⁶⁷ Ces derniers n'ont toutefois pas pour objet de compenser les résultats déficitaires des régimes et du FSV relatifs au même exercice. La Cades a pour mission d'amortir

D'autre part, **le report à nouveau** s'est dégradé de 28,2 Md€ (- 136,3 Md€ au 31 décembre 2021 contre - 108,1 Md€ fin 2020), compte tenu de :

- l'affectation en report à nouveau des soldes négatifs du régime général (- 36,2 Md€) et des autres régimes (- 1,0 Md€) au titre de l'exercice 2020 ;
- l'affectation en report à nouveau des soldes positifs de la Cades (16,1 Md€) et du FRR (0,7 Md€) au titre de l'exercice 2020, qui apporte une contribution positive à la variation des fonds propres, à hauteur de 14,7 Md€ ;
- l'effet de la couverture par la Cades de 11,2 Md€ de déficits de la branche maladie, du FSV, et de la CNRACL au titre des exercices antérieurs¹⁶⁸, qui améliore les reports à nouveau du régime général (9,2 Md€), du FSV (4,7 Md€) et des autres régimes (0,2 Md€).

Enfin, si les réserves sont restées stables, le montant des dotations a augmenté de 3,6 Md€ au titre du régime général. Cette hausse correspond à la comptabilisation au bilan de l'assurance maladie de la part non utilisée (3,6 Md€) du versement de 5 Md€ opéré par la Cades, en application de l'article 50 de la LFSS 2021, pour couvrir les dotations destinées aux établissements participant au service public hospitalier destinées afin de leur permettre de se désendetter et de financer de nouveaux investissements¹⁶⁹.

L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre le passif¹⁷⁰ et l'actif financiers¹⁷¹, a atteint 115,3 Md€ au 31 décembre 2021. Il a augmenté pour la seconde année consécutive (+ 4,6 Md€ après + 36,0 Md€ en 2020), après quatre années de réduction (2016-2019).

les déficits qui lui ont été transférés, son résultat annuel excédentaire étant affecté à cet amortissement. Créé pour concourir au financement à long terme des régimes de retraite de base, le FRR verse annuellement 2,1 Md€ à la Cades entre 2011 à 2024 en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. La loi du 7 août 2020 prévoit, à partir de 2025, un versement annuel de 1,45 Md€ du FRR à la Cades sans limitation de durée, et donc implicitement jusqu'à l'extinction du fonds.

¹⁶⁸ En application de l'article 1 du décret n° 2021-40 du 19 janvier 2021 et du décret n° 2022-23 du 11 janvier 2022.

¹⁶⁹ Conformément aux dispositions de l'article 50 de la LFSS pour 2021, ces dotations ont un effet neutre sur le résultat de la branche maladie, qui a enregistré 1,4 Md€ de charges et de produits à ce titre.

¹⁷⁰ Pour l'essentiel, l'endettement social est porté par la Cades et par l'Acoss.

¹⁷¹ Les actifs financiers sont principalement détenus par le FRR (26,1 Md€), la Cades (7,4 Md€), le régime de retraites de la Banque de France (12,4 Md€), non doté de la personnalité morale, l'Acoss (10,9 Md€) et la MSA (1,9 Md€).

Cette hausse recouvre notamment :

- une diminution de l'endettement financier net du régime général (- 19,5 Md€), qui s'établit à 38,3 Md€ au 31 décembre 2021, dont 33,5 Md€ portés par l'Acoss. Cette évolution reflète la diminution des dettes financières de l'Acoss (44,3 Md€ fin 2021 contre 62,9 Md€ fin 2020, dépôts compris), dont le plafond autorisé d'emprunt a été porté de 39 Md€ à 95 Md€ en cours d'année 2020 et maintenu à ce niveau par la LFSS pour 2021. Pour une part, ces emprunts ont pour contrepartie une augmentation des disponibilités, dont l'Acoss a maintenu le niveau par précaution (10,8 Md€ contre 10,4 Md€ fin 2020) ;
- une augmentation corrélative de l'endettement financier net de la Cades (+ 25,7 Md€), qui s'établit à 118,3 Md€ au 31 décembre 2021, ses passifs financiers ayant augmenté de 21,5 Md€¹⁷², tandis que ses actifs financiers ont diminué de 4,2 Md€¹⁷³.

L'actif circulant est par ailleurs en nette progression (108,1 Md€ contre 101,6 Md€ en 2020). Cette hausse s'explique essentiellement par :

- une augmentation des produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et d'impôts (+ 5 Md€), qui traduit le dynamisme de l'assiette salariale du secteur privé, faisant suite à un exercice 2020 en fort recul dans le contexte de la crise sanitaire, ainsi que des impôts et taxes affectés, en particulier de TVA nette ;
- une hausse des créances de cotisations des travailleurs indépendants, dont le stock continuera à être mis en recouvrement en 2022 dans le cadre de plans d'apurement (+ 4,2 Md€), ainsi qu'une forte diminution des taux de dépréciation appliqués au stock de créances (+ 1,6 Md€). Ces effets sont partiellement compensés par une diminution du stock de créances de cotisations et contributions sociales sur les entreprises du secteur privé (- 1,3 Md€), du fait d'un recours aux reports de paiements de prélèvements sociaux moindre en 2021 qu'en 2020.

B - Avis de la Cour

Conformément aux dispositions organiques du code de la sécurité sociale et du code des juridictions financières, la Cour exprime un avis sur la cohérence du tableau patrimonial du dernier exercice clos.

¹⁷² Les titres de créances négociables ont diminué (9,3 Md€ contre 10,5 Md€ en 2020), tandis que les emprunts obligataires ont fortement progressé (114 Md€ contre 92,5 Md€).

¹⁷³ Sous l'effet principalement de la diminution des opérations de trésorerie et interbancaires (-2,9 Md€) et des diminutions de dépôts de garantie (- 1,4 Md€).

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

En outre, l'appréciation de la Cour tient compte des opinions exprimées sur les comptes des régimes de sécurité sociale, du FSV, de la Cades et du FRR par leurs auditeurs externes (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 des dispositions de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale (2° du VIII), en leur rédaction antérieure à la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, auxquelles renvoie l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour a procédé à des vérifications sur le projet de tableau patrimonial au 31 décembre 2021 établi par la direction de la sécurité sociale, qui figurera à l'annexe A soumise à l'approbation du Parlement à l'article 2 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, ainsi que sur les éléments d'information qui seront intégrés aux annexes A et 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour cette même année.

À l'issue de ses vérifications, la Cour estime que le tableau patrimonial qui sera soumis à l'approbation du Parlement à l'article 2 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 fournit une représentation cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2021. Elle formule néanmoins l'observation suivante :

- la fiabilité des données comptables intégrées au tableau patrimonial au 31 décembre 2021 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 et de la Cades.

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

1. les dettes comptabilisées par le FRR à l'égard de la Cades (19,4 Md€ au 31 décembre 2021)¹⁷⁴ ont été réintégrées aux fonds propres du FRR, en diminution de ses dotations¹⁷⁵ du fait de l'absence de comptabilisation par la Cades de créances réciproques sur le FRR¹⁷⁶. Ce reclassement n'a pas d'incidence sur le montant total des fonds propres retracés par le tableau patrimonial, 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 OPCVM¹⁷⁷, le fonds enregistré, à l'actif de son bilan, ces instruments à la valeur de marché (soit 25,3 Md€ au 31 décembre 2021) et, au passif, un écart positif d'estimation par rapport au coût d'acquisition de ces mêmes actifs (2,1 Md€) ;
3. une dette de 4,0 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 2007¹⁷⁸. En 2021, cette dette a diminué de 1,2 Md€, sous l'effet, d'une part du prélèvement effectué au cours de l'exercice sur la réserve spéciale afin

¹⁷⁴ 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.

¹⁷⁵ Par analogie avec le traitement comptable des versements du FRR aux régimes de retraite alors prévu à partir de 2020 (avis n° 2008-10 du conseil national de la comptabilité - CNC -), les versements du FRR à la Cades sont opérés en premier lieu sur les réserves du fonds et, quand celles-ci sont épuisées, sur ses dotations. De ce fait, dans le tableau patrimonial, le montant restant dû à la Cades a été reclassé dans le poste « dotations » du FRR.

¹⁷⁶ Dans l'annexe à ses comptes, la Cades mentionne ces ressources en tant qu'engagements de financement reçus du FRR (hors bilan).

¹⁷⁷ Avis n° 2003-07 du Conseil national de la comptabilité (CNC), modifié par l'avis n° 2008-10 du 5 juin 2008.

¹⁷⁸ 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.

de financer le paiement des pensions réglementaires non couvertes par les revenus des portefeuilles de titres (pour 0,5 Md€), et, d'autre part, du remboursement par la caisse de réserve d'une partie de l'avance 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 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 de 4,1 Md€, inchangé par rapport à 2020¹⁷⁹. Si ces actifs ne répondent pas strictement à la définition comptable des valeurs mobilières de placement¹⁸⁰, ce reclassement permet de présenter l'ensemble des actifs financiers à une même rubrique (« Actif financier ») ;
5. le montant des fonds propres inscrit au passif du tableau patrimonial (- 93,5 Md€) comprend 3,6 Md€ de dotations comptabilisées au bilan de la Cnam¹⁸¹, correspondant à la différence entre les montants qu'elle a perçus de la Cades au titre de la couverture de dotations aux établissements participant au service public hospitalier (5 Md€ en 2021¹⁸²), entités non comprises dans le champ du tableau patrimonial, et aux versements effectués à ce titre par la Cnam à ces derniers (1,4 Md€ en 2021). Ces modalités de comptabilisation, prévues par l'article 50 de la LFSS pour 2021, conduisent à majorer, de manière transitoire¹⁸³, la situation nette présentée dans le tableau patrimonial.

¹⁷⁹ Ces titres, essentiellement détenus par les régimes autres que le régime général, sont principalement portés par la CNAVPL (1,4 Md€), la MSA (1,2 Md€), la CNBF (0,5 Md€), la CRPCEN (0,2 Md€) et la Banque de France (0,2 Md€).

¹⁸⁰ 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.

¹⁸¹ Les dotations sont comptabilisées au compte #103 (biens de pleine propriété).

¹⁸² Conformément au décret n° 2021-40 du 19 janvier 2021.

¹⁸³ 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 aux hôpitaux sur une durée maximale de dix ans (art. 50 de la LFSS pour 2021). Le niveau de cette majoration des fonds propres pourrait atteindre jusqu'à 9 Md€ à la fin de l'exercice 2023 (soit 13 Md€ de montants perçus de la Cades par la Cnam pour 4 Md€ versés).

C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour

Des faiblesses affectent la fiabilité des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés au tableau patrimonial.

S'agissant du régime général de sécurité sociale, les données comptables intégrées au tableau patrimonial au 31 décembre 2021 présentent une fiabilité parfois insuffisante, comme le soulignent le refus de certifier les comptes de l'activité de recouvrement au motif du traitement comptable des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants et le constat d'un nombre élevé d'autres anomalies significatives ainsi que d'insuffisances d'éléments probants sur les comptes de cette même activité et sur ceux des branches de prestations. Par ailleurs, les commissaires aux comptes de la MSA, de l'Enim 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 patrimonial est affecté par des erreurs affectant la présentation des comptes des entités du régime général, notamment ceux de la branche maladie (classement de 4,3 Md€ de charges à payer en provisions pour charges).

S'agissant des entités comprises dans le champ du tableau patrimonial, mais non dans celui des tableaux d'équilibre, la Cour note que les états financiers du FRR au 31 décembre 2021 ont été certifiés sans réserve par ses commissaires aux comptes. Ceux de la Cades ont été certifiés avec réserve par son commissaire aux comptes (auditeur contractuel), dont l'opinion relative aux montants de CRDS et de CSG comptabilisés tire les conséquences des motifs du constat par la Cour d'une impossibilité de certifier les comptes de l'activité recouvrement pour l'exercice 2020¹⁸⁴.

¹⁸⁴ Le rapport des commissaires aux comptes 2021 de la Cades a été remis le 1^{er} avril 2022, avant la publication par la Cour, le 24 mai, du rapport de certification des comptes du régime général pour l'exercice 2021.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Au regard des comptes arrêtés des entités comprises dans leurs champs respectifs, les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial qui seront soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 fournissent une représentation cohérente du résultat (« solde ») et de la situation patrimoniale des entités en question avec les comptes publiés.

Toutefois, du fait des modalités de comptabilisation des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants, qui ont conduit la Cour à refuser de certifier les comptes de l'activité de recouvrement de l'exercice 2021, les montants des soldes intégrés aux tableaux d'équilibre du régime général et de l'ensemble des régimes de base ne fournissent pas une image fidèle de leurs déficits en 2021 et de leur évolution entre 2020 et 2021.

Par rapport à ceux de l'exercice 2020, les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2021 restent affectés par une fiabilité parfois insuffisante des données comptables qui y sont intégrées. En effet, en dehors même du traitement comptable des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants, 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 2021 sont intervenus alors que venait d'être promulguée la loi organique 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 selon un nouveau calendrier¹⁸⁵.

¹⁸⁵ Le projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale doit être déposé avant le 1^{er} juin de l'année suivant celle de l'exercice auquel il se rapporte. Cette loi approuve les tableaux d'équilibre du dernier exercice clos des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement (le FSV), ainsi que le rapport (prévu

Ce nouveau calendrier suppose que les éléments nécessaires à ces travaux soient fournis dans des délais permettant leur audit. S'agissant du tableau patrimonial, une avancée importante a été réalisée, la majeure partie des documents ayant été communiquée dès la mi-avril 2022. Concernant toutefois les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2021, malgré des efforts significatifs de la direction de la sécurité sociale et de plusieurs régimes, la Cour avait uniquement reçu à la mi-mai 2022 :

- *le projet de tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale sur un périmètre non exhaustif¹⁸⁶ et le détail des correctifs apportés aux comptes de ces régimes afin de l'établir ;*
- *une part limitée des rapports des commissaires aux comptes (15 rapports manquants) ;*
- *des extraits du projet d'annexe 4 au PLFSS pour 2023 contenant des informations portant uniquement sur le tableau patrimonial.*

En l'absence d'évolution des conditions actuelles de communication de ces éléments, la Cour pourrait se voir dans l'impossibilité, en 2023, d'émettre à temps ses avis, tout au moins sur les tableaux d'équilibre.

Les modalités d'élaboration des tableaux d'équilibre et le calendrier de transmission à la Cour des éléments nécessaires à l'émission de ses avis sur les tableaux d'équilibre et le tableau de situation patrimoniale doivent donc être adaptés. Plus largement, une anticipation des dates d'arrêté des comptes des régimes de sécurité sociale¹⁸⁷ permettrait de garantir :

- *la préservation des délais incompressibles à l'exercice par la Cour de sa mission de certification des comptes du régime général ;*

à l'article LO. 111-4-4 2° du code de la sécurité sociale) présentant un tableau retraçant la situation patrimoniale, au 31 décembre du dernier exercice clos, des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette (Cades) ou à la mise en réserve de recettes à leur profit (FRR). Le tableau d'équilibre du régime général de sécurité sociale est supprimé.

En application de l'article LO. 111-4-6 du code de la sécurité sociale, la Cour rend un avis sur la cohérence de ces tableaux d'équilibre ainsi que sur la cohérence du tableau de situation patrimoniale. Intégré au rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (en application de l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières), cet avis est transmis au Parlement conjointement au dépôt du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale.

¹⁸⁶ A cette date le tableau d'équilibre n'intégrait pas les comptes des régimes de retraite de l'ex-Seita, de l'Assemblée Nationale et du Sénat, ainsi que des fonds de petite taille.

¹⁸⁷ Ces dates sont fixées au 15 mars pour les comptes de résultats et bilans définitifs et au 15 avril pour les états financiers complets comprenant l'annexe aux comptes.

- *la production des rapports d'opinion des commissaires aux comptes des autres régimes et organismes, dans des délais autorisant l'approbation des comptes de ces entités par leurs organes délibérants avant le dépôt du projet de loi d'approbation des comptes et leur prise en compte dans les avis que la Cour doit communiquer au Parlement.*

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

1. *renforcer la traçabilité et revoir les modalités d'établissement, de validation, de formalisation des retraitements opérés pour la production des tableaux d'équilibre, à partir des comptes des entités comprises dans leur champ, ainsi que des éléments du projet d'annexe qui s'y rapportent, afin que la Cour soit, dans tous les cas, en mesure 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 chargé de la sécurité sociale) ;*
2. *engager les travaux permettant d'anticiper les dates d'arrêté des comptes provisoires et des comptes définitifs des régimes de base de sécurité sociale (ministère chargé de la sécurité sociale) ;*
3. *(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 chargé de la sécurité sociale).*

**Tableau n° 19 : liste des régimes intégrés au tableau d'équilibre
de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale,
présentés par branche**

	Risque Maladie	Risque Vieillesse	Risque AT-MP
<i>Régimes de droit commun</i>			
Régime général des salariés et des travailleurs indépendants	X	X	X
Régime des salariés agricoles (MSA)	X	X	X
Régime des exploitants agricoles (MSA)	X	X	X
<i>Régimes des professionnels libéraux</i>			
Régime de retraite des professions libérales (CNAVPL et ses sections)		X	
Régime de retraite des avocats (CNBF)		X	
<i>Régimes spéciaux ouverts (L711-2 CSS)</i>			
Régime spécial de retraite des fonctionnaires civils et militaires (SRE)		X	
Régime spécial maladie-maternité des militaires (CNMSS)	X		
Régimes spéciaux des agents des collectivités locales (CNRACL et FATIACL)		X	X
Fonds spécial des ouvriers des établissements industriels de l'État (FSPOEIE)		X	X
Régime spécial des agents de la SNCF (CPRP SNCF)	X	X	
Régime spécial des agents de la RATP (CRP RATP)	X	X	X
Régime spécial des industries électriques et gazières (CNIEG)		X	X
Régime spécial des invalides de la marine (Enim)	X	X	X
Régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN)	X	X	X
Régimes des cultes (Cavimac)	X	X	X
Régime spécial de sécurité sociale des personnels de la Banque de France		X	X

	Risque Maladie	Risque Vieillesse	Risque AT-MP
Caisse de pension des députés et des anciens députés et caisse de retraite du personnel de l'Assemblée nationale		X	
Caisses des retraites des anciens sénateurs et du personnel du Sénat		X	
Rentes accidents du travail des ouvriers civils des établissements militaires (Ratocem)		X	
Caisse de retraites des personnels de l'Opéra national de Paris (Cropera)		X	X
Caisse de retraites du personnel de la Comédie Française (CRPCF)		X	
Régime des cultes d'Alsace Moselle		X	
Régime d'assurance vieillesse du Port autonome de Strasbourg		X	
<i>Régimes spéciaux fermés</i>			
Régime spécial de sécurité sociale dans les mines (CANMSS) (depuis 1 ^{er} septembre 2010)	X	X	X
Ex-SEITA		X*	
Régime spécial des chemins de fer de l'Hérault		X	
<i>Fonds/rentes d'invalidité fermés</i>			
Fonds commun des accidents du travail pour les salariés des professions non agricoles (FCAT)			X*
Fonds commun des accidents du travail agricole (FCATA)			X*
Régime d'indemnisation des sapeurs-pompiers communaux non professionnels (Risp)		X	
Rentes AT (mairie de Paris, assistance publique de Paris, département de Paris)		X	

(*) Régime ne comprenant aucun bénéficiaire en 2019

Source : liste des régimes annexée au PLFSS 2021, complétée

Chapitre II

Le financement de la sécurité sociale : des règles à clarifier et à stabiliser

PRÉSENTATION

À leur création, en 1945, les régimes de sécurité sociale, organisés par statut professionnel ou par profession, versaient, aux actifs, aux anciens actifs retraités ou invalides et à leurs ayants droit, des prestations en contrepartie de cotisations prélevées sur les revenus du travail.

Depuis lors, cinq évolutions majeures sont intervenues. Une partie des prestations (remboursements de frais de santé et prestations familiales) a été généralisée à l'ensemble de la population, acquérant ainsi un caractère universel sans lien avec l'activité professionnelle et ses revenus. Des droits de retraite, dits non contributifs, ont été accordés sans la contrepartie de cotisations. L'impôt, sous des formes diverses (contribution sociale généralisée, autres impôts et taxes affectés), a pris une place croissante dans les recettes de la sécurité sociale afin d'alléger le coût du travail peu qualifié, d'améliorer la compétitivité des entreprises et de donner du pouvoir d'achat à certains salariés. Des régimes ont été absorbés par le régime général des salariés¹⁸⁸. Les missions de la sécurité sociale ont été étendues au risque de dépendance.

Ces transformations de grande ampleur se sont accompagnées d'une complexification et d'une instabilité croissantes des circuits de financement. Les comptes ont perdu, de ce fait, en clarté et en cohérence.

Le présent chapitre ne traite pas des causes des déséquilibres structurels dont souffre la protection sociale. Mais il a paru utile à la Cour, au début d'une nouvelle mandature, de souligner l'intérêt d'une révision en profondeur de la structure des recettes des différentes branches. Une telle révision viserait, notamment, à éviter que la lecture des trajectoires financières issues de l'exercice de programmation pluriannuel auquel la France doit se livrer ne soit faussée par des transferts de ressources entre branches d'un exercice à l'autre.

L'architecture financière de la sécurité sociale (567 Md€ de charges nettes en 2021, soit 24,6 % du PIB) pâtit d'une cohérence insuffisante entre ses recettes et la nature des dépenses qu'elles financent (I). Une prise en compte plus affirmée des notions de contributivité, d'assurance et d'universalité permettrait d'améliorer la lisibilité et le pilotage financier de la sécurité sociale (II).

¹⁸⁸ Voir, dans le présent rapport, chapitre X « La protection sociale des travailleurs indépendants à la suite de la suppression du RSI : des objectifs globalement atteints, de nouvelles évolutions à envisager ».

I - Une architecture financière qui a perdu en cohérence

La sécurité sociale est organisée en régimes gérant, selon les populations concernées d'assurés, tout ou partie des principaux risques sociaux (à l'exception du chômage) dans le cadre de cinq branches : maladie, accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), famille, vieillesse, ainsi que de la branche autonomie depuis 2021, dont le périmètre n'est pas encore stabilisé¹⁸⁹.

L'évolution de la sécurité sociale, en recettes et en dépenses, dans le sens d'une moindre contributivité de ses sources de financement et d'une universalité accrue de ses prestations, s'est accompagnée d'une perte de cohérence de son organisation financière.

A - Un financement des dépenses par cotisations ou par impôts devenu sans logique claire

Les conditions du financement des prestations de sécurité sociale ont été profondément réformées ces dernières années. La montée en puissance des allègements de cotisations sociales – en règle générale compensés par l'apport de recettes fiscales nouvelles – a conduit à un désaccordement de la nature des recettes perçues aux prestations servies. La relation entre la part du financement par cotisations des branches famille et vieillesse et la contributivité des prestations servies s'est altérée. Les conditions de financement des droits et prestations de retraite à caractère non contributif sont devenues plus complexes.

1 - Une chute des cotisations sociales et une hausse des impôts dans les ressources de la sécurité sociale

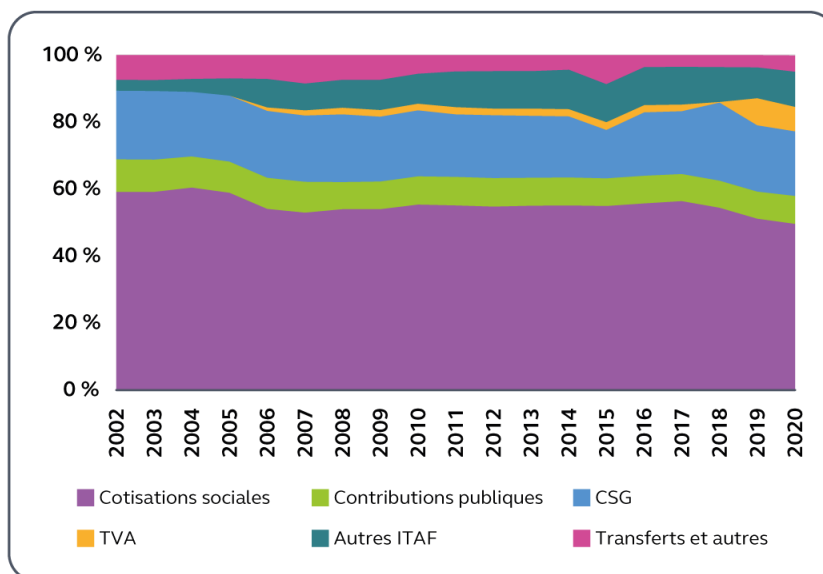
Toutes branches confondues, la part des cotisations (266,1 Md€ en 2021) dans les produits nets des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) a baissé de 90 % à la fin

¹⁸⁹ Un rapport de l'inspection générale des finances (« *La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement* ») de septembre 2020 proposait notamment de transférer à la branche autonomie le financement de deux dépenses du budget de l'État : l'allocation aux adultes handicapés (AAH, 10,6 Md€) et l'« aide au poste » versée par l'État aux établissements et services d'aide par le travail (Esat), au titre de la garantie de rémunération des travailleurs handicapés (1,5 Md€ en 2020).

des années 1980 à 60 % au début des années 2000. Cette chute s'est poursuivie, la part des cotisations étant de l'ordre de 50 % depuis 2019 (50,1 % en 2021).

Les autres recettes comprennent principalement des impôts (207,6 Md€ en 2021) : la contribution sociale généralisée (CSG) qui représente une part stable des recettes depuis le début des années 2000 (19,7 % en 2021), la TVA (8,2 %) et d'autres impôts et taxes affectés (Itaf, 10,3 %) dont les parts ont, au contraire, beaucoup augmenté. Elles intègrent aussi la contribution d'équilibre de l'État (« contributions publiques ») au régime des pensions des fonctionnaires, assimilée à des cotisations employeur (7,8 %). Le solde (4 %) est constitué de transferts, d'autres produits techniques et de divers autres produits (produits financiers notamment).

Graphique n° 3 : évolution de la composition des recettes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (en %) de 2002 à 2020



Source : Cour des comptes d'après les rapports de la CCSS et les LFSS 2021 et 2022

La chute de la part des cotisations traduit la volonté des pouvoirs publics d'élargir l'assiette du financement de la sécurité sociale au-delà des revenus du travail, afin de répondre à trois objectifs dont l'importance relative a varié selon les législatures : alléger le coût du travail faiblement

qualifié pour favoriser l'emploi, améliorer la compétitivité des entreprises et augmenter le salaire net des actifs pour améliorer leur pouvoir d'achat.

L'évolution a d'abord¹⁹⁰ résulté de la création de la CSG (107,6 Md€ de recettes pour les régimes de sécurité sociale et le FSV en 2021) qui, depuis 1991, a étendu le prélèvement social à la plupart des revenus de remplacement et du capital. Cette imposition se rapproche cependant, par certains aspects, des cotisations sociales : les trois quarts des recettes de CSG proviennent des rémunérations d'activité¹⁹¹ des salariés et des travailleurs indépendants et l'assujettissement à la CSG sur les revenus du capital est conditionné par le bénéfice des prestations françaises de sécurité sociale¹⁹².

En outre, à partir de 1993, les politiques de soutien à l'emploi marchand et, plus récemment, de soutien à la compétitivité des entreprises ont conduit à mettre en place des allègements généraux de cotisations patronales. De 2015 à 2017, le « pacte de compétitivité et de solidarité », qui a allégé les cotisations patronales de 9 Md€ et, en 2019, la transformation pour 21,6 Md€ du crédit d'impôt pour la compétitivité des entreprises (CICE), au titre de l'impôt sur les bénéfices, en une réduction pérenne de cotisations patronales maladie, ont constitué les dernières réformes d'envergure. Des taux réduits de cotisations s'appliquent jusqu'à 2,5 Smic pour les cotisations maladie et à 3,5 Smic pour les cotisations famille, exclusivement patronales. Sauf exception (notamment les cotisations AT-MP, qui doivent inciter les employeurs à prévenir les risques professionnels), les salaires au Smic sont exonérés de cotisations patronales et ces cotisations bénéficient d'un allègement dégressif jusqu'à 1,6 Smic.

À ces allègements généraux, estimés par le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de juillet 2022 à 55 Md€ en 2021 pour les régimes de base de sécurité sociale, s'ajoutent des allègements ciblés de cotisations en faveur de certains publics (apprentis, jeunes en

¹⁹⁰ Avant la création de la CSG, l'objectif de réduction du coût du travail peu qualifié s'était traduit par un dé plafonnement de l'assiette des cotisations, engagé à partir de 1967 et achevé en 1984 pour la maladie et effectué en 1991 pour les AT-MP et la famille. Depuis 1991, une partie des cotisations d'assurance vieillesse de base est dé plafonnée, tandis que les prestations restent calculées par référence au plafond.

¹⁹¹ La CSG sur les revenus d'activité (au taux en vigueur de 9,2 %) a remplacé l'essentiel des cotisations salariales maladie (6,05 points) en 1997-1998 et la fraction résiduelle de celles-ci (0,75 point) en 2018. Depuis 2018, elle compense par ailleurs la suppression des cotisations salariales d'assurance chômage (2,4 points).

¹⁹² Arrêt *de Ruyter* n° c-623/13 du 26 février 2015 de la Cour de justice de l'Union européenne, confirmé par l'arrêt *Dreyer* n° c372/18 du 4 mars 2019 du Conseil d'État, y compris quand la CSG est affectée à une entité de sécurité sociale ne versant pas de prestations – FSV ou Cades.

difficulté d'insertion), territoires (outre-mer, zones franches urbaines et de revitalisation territoriale, Corse) ou secteurs d'activité (aides à domicile), pour 6,6 Md€ en 2021 au titre de ces mêmes régimes (hors mesures d'urgence liées à la crise sanitaire). Les allègements représentent au total de l'ordre de 20 % de l'assiette des cotisations¹⁹³.

Depuis la LFSS pour 2011, les allègements généraux sont, en principe, compensés par des affectations de recettes fiscales de l'État dits « pour solde de tout compte », notamment par une fraction de TVA (44,3 Md€ au total en 2021) et par la totalité du produit de la taxe sur les salaires (15,4 Md€ en 2021). Les exonérations ciblées sont, elles, compensées à l'euro près par des crédits budgétaires, selon le principe posé par l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale (loi « Veil » du 27 juillet 1994¹⁹⁵). La loi de financement peut cependant y déroger (ainsi, l'exonération de cotisations salariales sur les heures supplémentaires, soit 1,8 Md€ en 2021, décidée par la LFSS pour 2019, n'est pas compensée). D'autres modalités ont également été appliquées, notamment le transfert à l'État du financement de prestations non contributives¹⁹⁶.

¹⁹³ Les méthodologies utilisées conduisent à sous-estimer les montants de pertes brutes de cotisations. Cour des comptes, « *Les niches sociales : des dispositifs dynamiques et insuffisamment encadrés, une rationalisation à engager* », Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019.

¹⁹⁵ Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale.

¹⁹⁶ Pour compenser les pertes de recettes liées au pacte de responsabilité et de solidarité, la branche famille a cessé en 2015 de financer une partie des aides au logement.

*Dix ans de financement de la protection sociale en Europe :
des évolutions contrastées du financement par cotisations*

Les modes de financement de la protection sociale en Europe reflètent encore aujourd'hui la diversité des systèmes, indépendamment du niveau des dépenses. Au Royaume-Uni, en Irlande et dans les pays scandinaves, les cotisations ne représentaient que 38 % des recettes de protection sociale en 2019. À l'inverse, ce taux s'élevait à 68 % pour l'Allemagne, l'Autriche et les pays d'Europe centrale. La France se rapproche des pays du sud de l'Europe (Italie, Espagne, Portugal, Grèce) dans lesquels les cotisations sont de l'ordre de la moitié des recettes.

Tableau n° 20 : évolution de la part des cotisations dans les recettes de la protection sociale en Europe

	2019		2010		Évolution 2010 - 2019
	Total des recettes de protection sociale (% du PIB)	Part des cotisations dans les recettes	Total des recettes de protection sociale (% du PIB)	Part des cotisations dans les recettes	
Allemagne	32,1 %	65,6 %	32,0 %	62,6 %	3,0 %
Belgique	29,9 %	57,9 %	30,2 %	61,8 %	- 3,9 %
Espagne	23,6 %	58,3 %	24,9 %	55,2 %	3,1 %
France	34,4 %	54,5 %	32,2 %	62,2 %	- 7,7 %
Italie	30,1 %	51,5 %	28,9 %	52,2 %	- 0,8 %
UE - 27	29,3 %	57,3 %	29,3 %	57,7 %	- 0,4 %

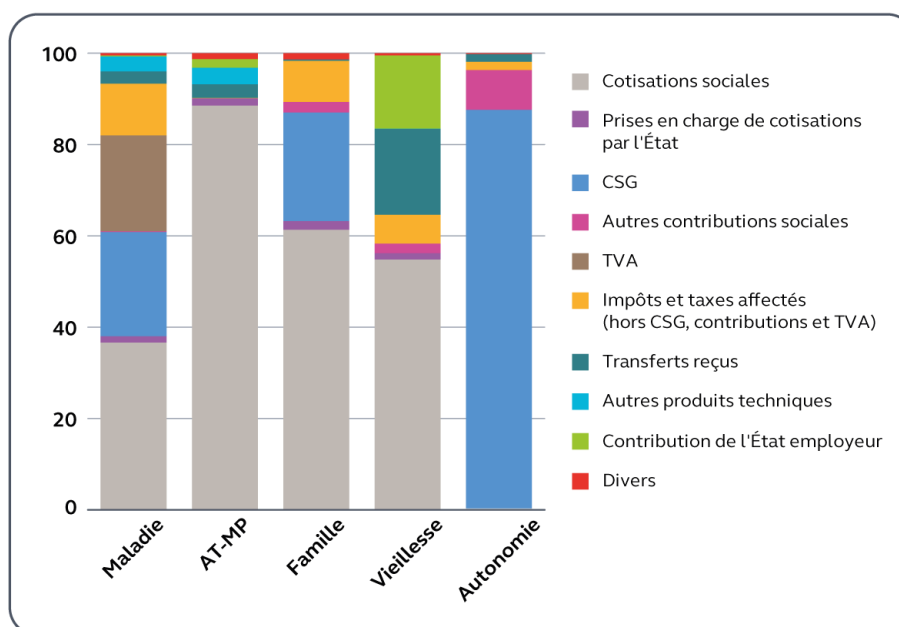
Source : Cour des comptes d'après Eurostat, janvier 2022

Les évolutions sont aussi différentes. En France, la part des cotisations sociales dans les recettes de la protection sociale a baissé de 7,7 points entre 2010 et 2019. La Belgique a connu une évolution similaire, quoique moins marquée. En Espagne et en Allemagne au contraire, la part des cotisations a augmenté de 3 % sur la période. En Allemagne, cette croissance s'inscrit dans le contexte d'une politique de strict équilibre des comptes sociaux et d'un financement des prestations contributives par les seules cotisations, dont les taux sont restés stables.

2 - Sauf exception, des niveaux de financement par cotisations ou par impôts en cohérence incertaine avec les prestations servies

Comme le montre le graphique ci-après, les cotisations sociales et les impôts, sous différentes formes (CSG, autres impôts et taxes affectés, ainsi que les transferts et contributions d'équilibre de l'État employeur, financés par des impôts) tiennent une place variable dans le financement des différentes branches de sécurité sociale.

Graphique n° 4 : composition des produits bruts des branches des régimes obligatoires de base de sécurité sociale en 2021 (en %)



* Montants nets des charges liées au non-recouvrement.

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale et calculs Cour des comptes

Pour les prestations contributives (retraites, indemnités journalières, pensions d'invalidité et rentes AT-MP), un financement par des cotisations prélevées sur les revenus du travail correspond à une logique de revenu différé : lorsque le risque que les prestations ont pour objet de couvrir se matérialise, les prestations sont conditionnées par l'existence de périodes cotisées au préalable et proportionnées à la durée de ces périodes et aux revenus d'activité sur lesquels ont porté les cotisations. Pour les prestations à caractère universel (remboursements de frais de santé par l'assurance maladie et prestations familiales), une assiette limitée aux revenus d'activité serait en revanche trop étroite et inéquitable.

Or, la structure des recettes des branches de sécurité sociale n'est pleinement cohérente avec ces principes que pour la branche AT-MP, de nature assurantielle et financée presque exclusivement par des cotisations patronales, et la branche autonomie, universelle et financée presque exclusivement par des impôts (CSG et contributions de solidarité autonomie à la charge des employeurs et d'une partie des pensionnés).

Concernant la branche maladie (77,3 Md€ de cotisations en 2021), la création de la couverture maladie universelle de base (CMU-B) en 1999¹⁹⁹, puis celle de la protection universelle maladie (Puma) en 2016²⁰⁰ ont conduit à l'universalisation de la prise en charge des frais de santé, à des niveaux identiques pour tous les régimes, à quelques exceptions près²⁰¹. En conséquence, seules les prestations en espèces (indemnités journalières maladie et maternité, pensions d'invalidité), qui se sont élevées à 21,7 Md€ en 2021, conservent un caractère contributif. La persistance d'un financement par cotisations allant au-delà de la contrepartie de ces prestations a pu être considérée comme une incohérence²⁰². Toutefois, le financement des soins par l'assurance maladie procure des externalités positives aux entreprises, en concourant à la santé des actifs. Suivant ce critère d'appréciation, la part du financement de la branche maladie par cotisations peut être considérée comme proportionnée²⁰⁷ aux avantages que les entreprises retirent des remboursements de frais de santé.

¹⁹⁹ Les personnes (titulaires de minima sociaux) qui n'étaient rattachables à aucun régime, en tant qu'actif, ancien actif ou ayant droit, ont alors été couvertes, à condition toutefois de demander l'attribution chaque année de cette aide.

²⁰⁰ Depuis lors, bénéficient de manière permanente d'une prise en charge de leurs frais de santé les actifs et anciens actifs et, à titre subsidiaire, les personnes qui résident de manière stable et régulière en France (conjointes inactives, titulaires de minima sociaux). La CMU-B a parallèlement été supprimée.

²⁰¹ Pour une dizaine de régimes professionnels, sont appliqués des taux de prise en charge plus élevés que ceux du régime général. Compte tenu de l'intégration financière de ces régimes au régime général, ce dernier supporte une charge de transfert à ce titre (0,6 Md€). La fermeture des deux principaux régimes concernés (mines et agents statutaires de la SNCF) entraînera à terme la disparition de l'essentiel de cette charge.

²⁰² Conseil d'analyse économique, *Gouverner la protection sociale : transparence et efficacité*, janvier 2016.

²⁰⁷ Le modèle Ines-Omar de la Drees indique que la population d'âge actif des 16-65 ans bénéficie de 43 % des prestations en nature de l'assurance-maladie. Rapportées à cette seule tranche d'âge, les cotisations affectées à la branche, une fois retirée la part consacrée au financement des prestations en espèces (indemnités journalières maladie-maternité et pensions d'invalidité), prennent en charge 55 % des frais de santé.

Le poids des cotisations apparaît en revanche très élevé pour la branche famille²⁰⁸, qui verse exclusivement des prestations non contributives²⁰⁹. Certaines prestations, qui favorisent la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle et soutiennent ainsi le taux d'activité des femmes, procurent certes des avantages aux entreprises. En 2021, elles ne comptaient toutefois que pour 33,9 % des charges nettes de la branche (16,5 Md€), à comparer à la part du financement par cotisations, à la seule charge des employeurs et des travailleurs indépendants, qui s'élevait à 61,3 % (32 Md€).

Pour la branche vieillesse, dont les prestations sont essentiellement contributives, la part des cotisations apparaît au contraire faible (54,8 % en pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale en 2021, soit 142,8 Md€, et 64,9 % pour le régime général). Elle traduit notamment la compensation de la réduction générale de cotisations par l'affectation d'impôts et de taxes (8,4 % des recettes) et certaines particularités du financement de cette branche : la contribution de l'État employeur au régime de retraite des fonctionnaires (16 %), les subventions d'équilibre de l'État aux régimes spéciaux de retraite de la SNCF, de la RATP, des mines et des marins (2,9 %) et les transferts reçus de la branche famille et du FSV en vue du financement de droits et de prestations de retraite à caractère non contributif (11,1 %).

3 - Une pluralité de financeurs pour les droits et prestations de retraite à caractère non contributif

Une autre illustration du manque de cohérence du financement de la sécurité sociale par la voie de cotisations ou d'impôts tient aux divers modes de financement des droits et prestations de retraite à caractère non contributif.

Selon la nature de ces droits et prestations, leur financement est assuré par les régimes de retraite eux-mêmes, par la branche famille, ou encore par le fonds de solidarité vieillesse (FSV). Les lignes de partage entre ces financeurs ont varié en fonction de considérations relatives au montant de déficit affiché pour la branche vieillesse du régime général. À la charge des régimes, puis du FSV à partir de 1993, le financement des majorations versées aux pensionnés ayant trois enfants et plus du régime général, du régime des indépendants (aujourd'hui intégré au régime général) et des régimes agricoles (5 Md€ en 2021) a été transféré par étapes à la branche famille afin de réduire le déficit du FSV. Le financement du minimum contributif a été transféré des régimes de retraite au FSV avant d'être réattribué à ces derniers. Les régimes ont de même été remis à contribution pour financer les majorations de pensions pour conjoint à charge.

²⁰⁸ Ce poids est un héritage ancien des sur-salaires versés par les employeurs avant la création de la sécurité sociale en 1945.

²⁰⁹ La loi du 24 décembre 1974 a supprimé toute condition d'activité pour bénéficier des prestations familiales. Leurs règles d'attribution et de calcul ne dépendent plus que de la situation familiale et du niveau des ressources.

**Tableau n° 21 : financeurs des droits et prestations
non contributifs de retraite**

<i>Financeurs</i>	Droits et prestations
<i>Régimes de retraite</i>	Majorations versées aux retraités dont les droits sont insuffisants pour atteindre les minima de pensions (minimum contributif du régime général, minimum garanti du régime des fonctionnaires) Majorations de durée d'assurance pour charges de famille Majorations pour conjoint à charge (avant 2011) et tierce personne Majoration pour service civil hors d'Europe ou campagne militaire Anticipation du droit de départ à la retraite à taux plein en cas d'inaptitude liée ou non à une invalidité, de handicap, de carrière longue ou de pénibilité au travail Anticipation du droit de départ à la retraite pour les assurés appartenant à des catégories dites actives (police, cheminots...)
<i>FSV</i>	Périodes non cotisées assimilées à des périodes d'assurance : chômage, maladie-maternité, AT-MP, invalidité, apprentissage, formation professionnelle des chômeurs, service civique, préretraite Prestations du minimum vieillesse (Aspa et autres)
<i>Branche famille</i>	Assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) Majorations de pensions pour trois enfants et plus (pour le régime général et les régimes agricoles)

Source : Cour des comptes

En particulier, les droits familiaux de retraite²¹² ont deux financeurs. Les régimes de retraites financent les majorations de durées d'assurance pour enfant, alors que l'assurance vieillesse des parents au foyer et les majorations de pensions pour trois enfants sont financées par la branche famille, sauf exceptions²¹³. Cette diversité de situations affaiblit la justification d'un financement d'une partie des majorations par la branche famille, à caractère universel.

L'ensemble des financements que la branche famille prend ainsi en charge au titre des droits non contributifs de retraite représente un cinquième de ses dépenses. Cette imputation conduit à présenter un effort financier en faveur des familles plus élevé que celui qui résulterait des seules prestations familiales légales et extra-légales d'action sociale.

²¹² Voir chapitre VII du présent rapport, *Les droits familiaux de retraite*.

²¹³ L'État finance les majorations de pensions pour enfants des fonctionnaires et certains régimes de professions libérales n'en attribuent pas.

B - Des circuits de financement peu lisibles et instables

L'existence de branches, dont les prévisions et résultats propres sont soumis à l'approbation du Parlement, a notamment pour but d'individualiser les résultats financiers des différentes familles de risques pris en charge par la sécurité sociale. À ce titre, l'évolution du solde d'une branche d'une année à l'autre devrait refléter les effets de l'évolution spontanée des dépenses, des réformes et des efforts d'efficacité et d'amélioration de la gestion.

Or, la progression des recettes des différentes branches ne dépend pas seulement du dynamisme de leurs assiettes respectives, mais aussi de transferts et d'affectations d'impôts, dont les effets sur les recettes des branches ne sont pas toujours retracés de manière transparente.

1 - Des transferts parfois opaques pour le financement des droits non contributifs de retraite

Le financement de droits et de prestations à caractère non contributif par le FSV (18,9 Md€ en 2021) et par la branche famille (10 Md€), principalement en faveur de la branche vieillesse du régime général, obéit à trois modes de calcul distincts :

- une compensation à l'euro près, pour le financement des prestations du minimum vieillesse par le FSV (3,9 Md€) et des majorations de pensions pour enfants par la branche famille (5 Md€) ;
- une prise en charge de cotisations d'assurance vieillesse individualisées par assuré, opérée par la branche famille au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF, 4,9 Md€) ;
- une prise en charge par le FSV de cotisations d'assurance vieillesse non individualisées par assuré, calculées selon des règles forfaitaires, au titre de périodes assimilées à des périodes d'assurance pour les chômeurs et pour les assurés en arrêt de travail pour maladie, activité partielle, stage, apprentissage ou volontariat civil (15,0 Md€).

Le montant des prises en charge de cotisations par le FSV découle de formules *ad hoc*, complexes et peu lisibles, intégrant des paramètres²¹⁴ sans relation avec les périodes assimilées, effectivement prises en compte lors de la liquidation des droits à retraite des assurés.

²¹⁴ Un taux de réfaction insuffisamment actualisé est appliqué aux effectifs de chômeurs non indemnisés afin de refléter le fait que la carrière d'une partie d'entre eux sera complète indépendamment de l'attribution de périodes assimilées. En revanche, aucune réfaction n'est appliquée aux effectifs de chômeurs indemnisés.

L'AVPF constitue un dispositif plus cohérent car individualisé par assuré et financé par des cotisations calculées selon les règles de droit commun. Ces cotisations versées par la branche famille ne donnent toutefois pas toujours lieu au versement d'un surcroît de prestations aux assurés concernés, notamment si l'assuré bénéficie déjà du taux plein grâce à la durée validée par son salaire²¹⁵.

Les transferts du FSV et de la branche famille sont significativement supérieurs aux montants de prestations qu'ils financent et contribuent donc à réduire le déficit de la branche vieillesse. Ce surfinancement est durable. Il s'explique en particulier par le fait que les générations parties à la retraite ont connu dans leur carrière moins de périodes de chômage et ont validé moins de trimestres au titre de l'AVPF (créée en 1972) que celles actuellement d'âge actif, au titre desquelles sont opérés les transferts de recettes du FSV et de la branche famille.

2 - Des affectations d'impôts mouvantes

L'annexe 6 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 recense pas moins de 40 impôts et taxes affectés aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale près du quart de la TVA, première recette de l'État (23,48 % de la TVA nette en 2021, soit 44,3 Md€), première recette de l'État, la taxe sur les salaires, deux contributions de solidarité pour le financement de l'autonomie (à la charge des employeurs et de certains retraités), six contributions sur des éléments de rémunération, onze taxes comportementales (tabacs, alcools, boissons sucrées), deux taxes sur le chiffre d'affaires des sociétés (contribution sociale de solidarité, ou C3S, et contribution additionnelle à celle-ci), huit taxes sur les entreprises des secteurs de la pharmacie et des dispositifs médicaux, une contribution sur le coût d'acheminement de l'électricité, la taxe sur les véhicules de société, quatre taxes sur les contrats d'assurance, deux redevances sur les réseaux de téléphonie mobile (UMTS) et un prélèvement sur les paris en ligne. Outre la TVA, seules les deux dernières impositions, de faible importance, font encore l'objet de doubles affectations, partagées avec l'État.

²¹⁵ Voir chapitre VII du présent rapport, *Les droits familiaux de retraite*.

Au cours des années récentes, les LFSS ont affecté la plupart des Itaf à une seule branche²¹⁶. Les flux financiers ont ainsi été simplifiés et rendus plus cohérents. Certains Itaf ont cependant été réaffectés en fonction d'objectifs d'évolution des soldes des branches concernées, dans des conditions opaques²¹⁷. Le retrait régulier de CSG et d'autres impôts des recettes de la branche famille a renforcé l'inadéquation de sa structure de financement à la nature de ses prestations, en faisant croître la part relative des cotisations.

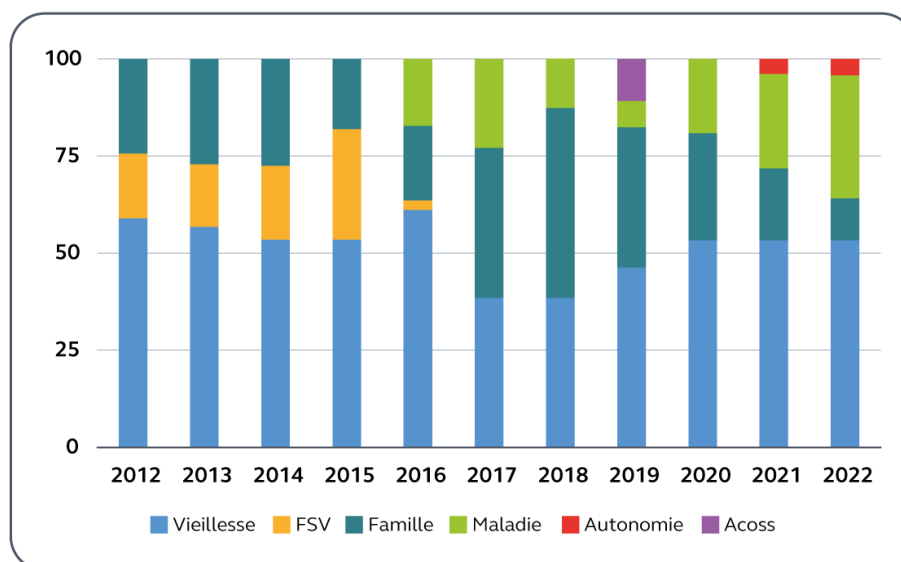
Parmi les trois impositions encore attribuées à plusieurs branches, la taxe sur les salaires²¹⁸, dont sont redevables les entreprises non ou partiellement assujetties à la TVA, est, de loin, la plus importante (15,4 Md€ en 2021). Elle a remplacé les droits sur les tabacs en tant que pivot annuel des rééquilibrages des soldes des branches de sécurité sociale.

La part affectée à la branche maladie, inexistante jusqu'en 2016, devrait représenter 31,6 % du produit de la taxe en 2022 au détriment essentiellement de la branche famille. Dernièrement, la loi de financement pour 2022 a transféré 1 Md€ de la branche famille à la branche maladie – en principe pour la seule année 2022 – au motif du « *financement des indemnités journalières dérogatoires pour garde d'enfant mises en place dans le contexte de crise sanitaire, transféré de la branche maladie à la branche famille* », dispositif qui n'est plus en vigueur en 2022.

²¹⁶ Le forfait social à la branche vieillesse depuis 2016, la C3S et sa contribution additionnelle à cette même branche depuis 2017 et les droits sur les tabacs à la branche maladie depuis 2017.

²¹⁷ Cour des comptes, « *Le pilotage de la trajectoire financière de la sécurité sociale : créer les conditions d'un équilibre durable* », Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017.

²¹⁸ Les deux autres sont les droits sur les tabacs, affectés à la branche maladie sauf une fraction résiduelle (0,5 %) destinée au régime de retraite des débiteurs de tabac, et les droits sur les alcools, répartis entre les branches du régime agricole des non-salariés.

Graphique n° 5 : évolution de la répartition de la taxe sur les salaires entre les branches de la sécurité sociale (en %)

Source : annexe n° 6 du PLFSS 2022, tableau n° 5

Par ailleurs, la répartition des droits sur les alcools est fréquemment modifiée entre les différentes branches du régime agricole des non-salariés, avec des incidences sur le solde de la branche maladie du régime général.

3 - Un manque de lisibilité des conséquences des rééquilibrages de financement sur les soldes des branches

Chaque année, des rééquilibrages de financements sont assurés entre branches et avec le FSV par divers procédés. Outre les changements de clés de répartition des Itaf, déjà cités, des taux de cotisations ont été modifiés dans cet objectif²¹⁹. Les décisions d'affectation du versement de prestations à certaines branches ont également pu obéir à des préoccupations de financement, comme par exemple le choix de faire financer par la branche famille les congés paternité, tandis que la branche maladie finançait les congés maternité.

²¹⁹ Entre 2017 et 2018, 1 Md€ de cotisations a été ainsi transféré par décret de la branche AT-MP à la branche maladie par réduction des taux AT-MP et hausse des taux maladie.

Des transferts répétés de recettes ont été opérés au profit de la branche maladie, y compris au détriment de la branche vieillesse et du FSV, pourtant structurellement déficitaires²²⁰.

Des exemples d'amélioration du solde de la branche maladie par transfert de recettes affectées au risque vieillesse

Environ 60 % du rendement des hausses de cotisations d'assurance vieillesse opérées à la suite de la réforme des retraites de 2014 a bénéficié à la branche maladie, par la réaffectation en sa faveur de recettes d'impôts précédemment attribuées à la branche vieillesse ou au FSV.

Un montant de 875 M€ de réserves accumulées au sein de l'ancienne section III du FSV a été transféré à la branche maladie par la LFSS pour 2017. Cette mesure, non pérenne, a été présentée au Parlement comme visant à constituer une dotation initiale pour le fonds de financement de l'innovation pharmaceutique, nouvellement créé et par la suite supprimé en 2019. Elle a toutefois été comptabilisée en produit de la branche maladie, améliorant son solde pour l'exercice 2017.

Depuis le PLFSS pour 2019, l'annexe 4 communiquée au Parlement indique de manière transparente les conséquences de ces changements sur le niveau et sur l'évolution des soldes des branches et du FSV pour l'année à venir. En revanche, elle n'en présente pas l'impact constaté sur le dernier exercice clos (N-1), ni le suivi rétrospectif sur plusieurs années, depuis le début d'une législature, par exemple.

Pour autant, les redéploiements de recettes et affectations de dépenses nouvelles n'ont pas empêché la permanence d'excédents au sein des branches famille et AT-MP. Malgré les effets de la crise sanitaire sur les recettes de la sécurité sociale, ces deux branches sont à nouveau excédentaires en 2021 (2,9 Md€ et 1,3 Md€ respectivement). Compte tenu de l'accumulation d'excédents depuis 2013, les fonds propres de la branche AT-MP à fin 2022 couvriraient sept mois de dépenses. Or, malgré une situation de déficit global de la sécurité sociale, la permanence d'excédents de ces deux branches peut favoriser l'engagement de dépenses nouvelles, considérées comme financées, comme l'allongement en 2021 du congé paternité (0,6 Md€ de coût prévisionnel en année pleine 2022).

*

**

²²⁰ Cour des comptes, « *Le pilotage de la trajectoire financière de la sécurité sociale : créer les conditions d'un équilibre durable* », Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017, op.cit.

Les circuits financiers de la sécurité sociale sont ainsi caractérisés par une grande complexité et une cohérence insuffisante des prélèvements avec leur destination. La multiplicité et l'instabilité des sources de financement et des flux financiers affectent la compréhension des soldes des branches et du FSV. Malgré le rôle central des lois de financement adoptées par le Parlement, le cadre financier de la sécurité sociale apparaît à certains égards insuffisamment contraignant.

II - Améliorer la lisibilité et le pilotage des comptes sociaux

Sans préjudice d'autres progrès souhaitables²²¹, une meilleure prise en compte des notions de contributivité, d'assurance et d'universalité dans l'organisation financière de la sécurité sociale pourrait permettre de clarifier et de simplifier ses circuits de financement et d'améliorer les conditions de son pilotage financier.

Dans les développements qui suivent, plusieurs voies d'évolution envisageables sont examinées à niveau constant des droits sociaux et des prélèvements publics, à gouvernance inchangée de la sécurité sociale et à champ constant des lois de financement de la sécurité sociale par rapport au budget de l'État et de ceux des collectivités locales. Elles portent sur une clarification et une simplification des circuits de financement (affectations d'impôts, transferts internes entre branches et avec le FSV, conditions de financement mieux accordées à la nature contributive ou universelle des branches) et sur les conditions du pilotage financier selon la nature des prestations, assurantielles, contributives ou universelles.

A - Clarifier et simplifier les circuits de financement

1 - Réexaminer les affectations d'impôts à la sécurité sociale en fonction de leurs finalités

L'affectation de certains impôts et taxes à la sécurité sociale se justifie lorsque l'assiette porte sur des revenus liés au travail, soumis ou non à cotisations, comme le forfait social pour l'intéressement et la participation, ou les contributions sur les indemnités de mise à la retraite, les *stock-options* et les attributions gratuites d'actions.

²²¹ Cour des comptes, *Les lois de financement de la sécurité sociale : un cadre à réformer*, Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2021.

Des impositions affectées exclusivement à la branche maladie concourent directement à la réalisation d'objectifs de maîtrise des dépenses de santé et d'assurance maladie (remises sur les prix publics des médicaments et des dispositifs médicaux versées par les entreprises du secteur pharmaceutique et les producteurs et distributeurs de dispositifs médicaux, taxes et clauses de sauvegarde sur les médicaments, contributions spécifiques sur les entreprises du secteur pharmaceutique et impositions sur les contrats des complémentaires santé).

De même, les accises comportementales (droits sur le tabac, les alcools, les boissons sucrées et édulcorées) ont pour objet de corriger des externalités négatives liées à des comportements de consommation nocifs pour la santé. Elles pourraient être affectées intégralement à la branche maladie – contre le retrait d'une fraction de TVA – pour concourir au financement des actions de prévention et des soins relatifs aux pathologies favorisées par ces consommations. L'affectation à la sécurité sociale de la taxe sur les contrats d'assurance automobile apparaît justifiée au regard de la fréquence insuffisante des recours contre tiers, en pratique à l'encontre des assureurs, à la suite d'accidents, notamment routiers. Il serait toutefois cohérent qu'elle finance la branche maladie, et non la branche famille.

En revanche, l'affectation, même ancienne, d'autres impositions ne répond pas, ou plus, à des finalités claires. Cela concerne diverses taxes à faible rendement (1,1 Md€ en 2021)²²², la contribution sociale de solidarité des sociétés (3,7 Md€ en 2021, contribution additionnelle comprise)²²³ et la taxe sur les salaires (15,4 Md€ en 2021), marquée par l'instabilité des conditions de sa répartition entre branches. Ces impôts pourraient être réaffectés à l'État en contrepartie de l'attribution à la sécurité sociale d'une part accrue de TVA.

2 - Rationaliser les transferts internes à la sécurité sociale

L'organisation financière de la sécurité sociale est rendue complexe par l'importance des transferts internes et externes à cette dernière.

²²² Taxe sur les véhicules de société (branche famille, 756 M€), prélèvements sur les jeux et paris en ligne hors CSG (branche famille, 328 M€ et Santé publique France), redevances sur les licences UMTS (branche vieillesse du régime général, 13 M€ et État).

²²³ Impôt sur le chiffre d'affaires qui devait compenser les effets de la croissance du salariat sur les recettes de cotisations affectées aux retraites des indépendants, aujourd'hui intégrées au régime général.

La création de la branche autonomie en 2021 a entraîné une forte réduction des transferts externes. Grâce à la réaffectation de recettes de CSG de la branche maladie, la branche autonomie finance, seule, les concours financiers aux établissements et services médico-sociaux destinés aux personnes âgées ou handicapées. Les transferts financiers complexes entre les régimes d'assurance maladie et la CNSA qui préexistaient à la création de la branche autonomie ont été supprimés.

La plupart des transferts internes à la sécurité sociale qui subsistent (du FSV et de la branche famille à la branche vieillesse, notamment du régime général) concernent le financement d'une partie des droits et prestations à caractère non contributif de retraite. Les dépenses et recettes correspondant aux droits et prestations à caractère non contributif pourraient tout aussi bien être individualisées par deux sections comptables distinctes, internes à chacun des régimes de retraite :

- la première section accueillerait en dépenses les prestations qui ont une contrepartie contributive, lesquelles intègrent des dispositifs de solidarité financés par les régimes²²⁶, ou actuellement par le FSV et par la branche famille ;
- la deuxième section aurait pour recettes les impôts (ou la part des impôts) actuellement affectés au FSV et à la branche famille qui financent le minimum vieillesse et les droits constitués pour le régime au titre de l'AVPF, des périodes assimilées et de majorations de pensions pour trois enfants et plus. En dépenses, elle accueillerait les prestations non contributives du minimum vieillesse et l'estimation du coût actuel des droits non contributifs qu'elle prendrait en charge au titre de l'année écoulée²²⁷. Ce dernier montant ferait l'objet d'un transfert de la section 2 (en dépenses) vers la section 1 (en recettes), comme décrit ci-après.

²²⁶ Catégories actives, retraite anticipée carrière longue, retraite anticipée handicapés, incapacité permanente et amiante, retraite pour inaptitude et invalidité, bonifications de durées, compte professionnel de prévention, majoration de durée d'assurance pour enfants, minimum contributif, minimum garanti...

²²⁷ Ce coût serait estimé selon des conventions de calcul suivant des méthodes statistiques définies de manière stable dans le temps. Dès à présent, la Drees et la Cnav procèdent à des estimations périodiques.

Tableau n° 22 : le financement des prestations contributives et des droits et prestations non contributifs dans des sections distinctes

<i>Section comptable 1 Prestations contributives</i>		<i>Section comptable 2 Droits et prestations non contributifs</i>	
<i>Dépenses</i>	<i>Recettes</i>	<i>Dépenses</i>	<i>Recettes</i>
<i>Prestations de droit propre et de droit dérivé (attribuées et calculées à partir de droits contributifs et non contributifs)</i>	Cotisations + Transfert de la section 2 (coût dans l'année des droits non contributifs)	Prestations non contributives (minimum vieillesse) + Transfert à la section 1 au titre du coût dans l'année des droits non contributifs (AVPF, périodes assimilées, certaines majorations de pensions pour 3 enfants et plus)	Impôts
<i>Excédent 1 ou déficit 1</i>		<i>Excédent 2 ou déficit 2</i>	
<i>Excédent ou déficit 1 + excédent ou déficit 2 => excédent ou déficit de la branche</i>			

Source : Cour des comptes

Sous réserve de leur harmonisation préalable entre les régimes, le financement de certains droits non contributifs par les régimes pourrait être transféré dans un deuxième temps de la section 1 à la section 2. Le financement des droits non contributifs non harmonisés entre régimes continuerait à relever exclusivement de la section 1.

De manière alternative, le financement des prestations non contributives du minimum vieillesse et des droits non contributifs de retraite, aujourd'hui financés par le FSV et par la branche famille, pourrait être centralisé dans une section comptable spécifique créée à la Cnav et financée par des impôts affectés. À partir de cette section, seraient opérés des transferts en direction des différents régimes concernés.

Dans un cas ou dans l'autre, le FSV, privé d'objet, pourrait être supprimé. Cela serait d'autant plus justifié que ce fonds, créé en 1994, ne peut être tenu pour un véritable fonds de financement : il a été en déficit au cours de 21 des 28 années de son existence.

Par ailleurs, le financement des indemnités pour maternité (3,2 Md€ en 2021) et pour paternité (0,3 Md€ en 2021, 0,6 Md€ prévus en 2022) est respectivement assuré par les branches maladie et famille. Il aurait vocation à être regroupé dans une seule et même branche. Cette branche pourrait être la branche famille au motif que les indemnités journalières maternité et paternité ont une destination familiale et que, n'ayant pas vocation à être régulées, elles ne sont pas comprises dans l'Ondam, contrairement aux indemnités maladie et AT-MP. Une autre option serait de faire supporter leur financement entièrement par la branche maladie, les CPAM assurant leur liquidation et leur paiement, ce qui conduirait à mettre fin au transfert de la branche famille à la branche maladie au titre du congé paternité.

3 - Accorder les conditions du financement des branches au degré d'universalisation de leurs prestations

Au-delà de ces premières évolutions, il pourrait être envisagé de mieux calibrer le financement des branches par cotisations sociales en fonction du degré d'universalisation de leurs prestations.

À cet égard, priorité pourrait être donnée à l'adaptation de la structure de financement de la branche famille, dans laquelle les cotisations sociales patronales tiennent une place croissante, alors que les avantages que retirent les entreprises des prestations versées sont plus faibles (voir *supra*).

Si les cotisations patronales étaient ramenées à hauteur des dépenses destinées à aider les familles à concilier vie personnelle et vie professionnelle (soit une partie des dépenses de la Paje et les dépenses de l'action sociale collective), la branche famille connaîtrait une baisse importante de ses recettes (de 15,4 Md€ au regard des recettes 2021).

Afin de ne pas pénaliser la branche famille, ces pertes de recettes de cotisations seraient compensées par la réaffectation de CSG ou d'impôts et de taxes pour lesquels il n'existe pas de logique sectorielle particulière au maintien d'une affectation à la branche vieillesse ou à la branche maladie.

Pour leur part, les cotisations qui cesseraient d'être affectées à la branche famille pourraient être réattribuées soit à la branche vieillesse, en renforçant ainsi la part des cotisations dans son financement, aujourd'hui faible (voir *supra*), soit au financement des prestations en espèces de la branche maladie (indemnités journalières maladie et pensions d'invalidité). Le financement de ces dernières prestations est aujourd'hui assuré de manière indistincte par des cotisations patronales, de la CSG et d'autres impôts, alors qu'il s'agit de prestations à caractère contributif dont les dépenses appellent un effort accru de régulation.

B - Redéfinir les conditions du pilotage financier des branches selon la nature de leurs prestations

1 - Unifier la gestion du risque d'arrêt de travail pour raison de santé

La branche des accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP) répare les sinistres reconnus d'origine professionnelle. Cependant, la frontière entre causes professionnelles et non professionnelles de l'état de santé des patients est perméable, comme en témoignent les estimations périodiques de l'incidence financière de la sous-déclaration des AT-MP²²⁸, qui justifient un transfert compensatoire de la branche AT-MP à la branche maladie (1,1 Md€ dans la LFSS pour 2022).

En outre, la typologie des arrêts de travail pour maladie et pour AT-MP et la variabilité de leur fréquence selon les différents secteurs d'activité présentent de fortes similarités. Les actions de prévention, ainsi que la gestion et le contrôle des prestations monétaires relèvent d'acteurs administratifs et médicaux en grande partie identiques au sein de l'assurance maladie.

Or, les actions visant à maîtriser les risques d'interruption temporaire ou prolongée d'activité manquent d'efficacité. Les arrêts de travail pour maladie ou AT-MP et les dépenses d'indemnisation qui en sont à l'origine augmentent tendanciellement plus vite (+ 4 % à 5 % par an) que les recettes de la sécurité sociale et les dépenses relatives aux pensions d'invalidité attribuées lorsque l'état de santé de l'assuré est considéré comme stabilisé sont elles aussi très dynamiques²²⁹.

Au regard de ces constats, il pourrait être envisagé de regrouper dans une même branche²³⁰ l'ensemble des prestations en espèces versées par l'assurance maladie au titre des risques maladie et AT-MP. Cette branche aurait pour mission prioritaire de mener une politique transverse visant à prévenir les interruptions d'activité pour motif de santé et à accompagner

²²⁸ Dans son rapport de juin 2021, remis au Parlement et au Gouvernement, la commission prévue à l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale évalue l'impact de cette sous-déclaration entre 1 230 M€ et 2 112 M€ au détriment de la branche maladie et en faveur de la branche AT-MP.

²²⁹ Cour des comptes, « *Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail* » et « *Les pensions d'invalidité : une modernisation indispensable au service d'un accompagnement renforcé des assurés* », Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019.

²³⁰ Une proposition proche a déjà été formulée dans un rapport au Premier ministre : *Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail, Neuf constats, vingt propositions* par J.L. Bérard, S. Oustric et S. Seiller, janvier 2019.

les salariés à la reprise d'une activité professionnelle. Elle serait dotée d'une gouvernance paritaire, à l'instar de l'actuelle branche AT-MP. Compte tenu de leurs différences d'objet, les prestations monétaires des risques maladie et AT-MP seraient individualisées dans des sections comptables distinctes financées par des cotisations spécifiques.

L'inclusion de l'ensemble des prestations monétaires de santé dans le cadre commun d'une même branche faciliterait le rééquilibrage des taux de cotisation du risque AT-MP, aujourd'hui surfinancé, vers le risque maladie, dont les dépenses augmentent plus rapidement. Elle serait de surcroît propice à une modulation des taux des cotisations finançant les prestations monétaires du risque maladie, en fonction de la sinistralité propres aux secteurs d'activité, voire aux entreprises, comme c'est déjà le cas pour les taux de cotisations AT-MP, avec cependant des biais qui viennent amoindrir le rôle préventif de ce mécanisme assurantiel et doivent être corrigés²³¹.

Dans une première étape, il pourrait être envisagé de maintenir l'organisation institutionnelle en vigueur selon deux branches séparées. Les indemnités journalières pour maladie et les pensions d'invalidité resteraient au sein de la branche maladie, mais seraient individualisées dans une section comptable distincte, financée par cotisations et ayant vocation à être équilibrée.

En tout état de cause, la réforme ici envisagée serait transparente pour les assurés. Elle ne modifierait pas le rôle de la Cnam, qui continuerait à gérer les deux risques maladie et AT-MP, ni les missions des CPAM, des Carsat ou du service médical.

2 - Différencier les règles d'affectation de recettes et d'équilibre financier selon la nature des branches de prestations

Les différences de nature des droits et prestations que financent les branches de prestations justifieraient d'aborder de manière différenciée la question de leur pilotage financier.

Pour les branches contributives (retraites) ou à vocation assurantielle (pour la branche chargée des prestations en espèces liées à des motifs de santé tel que proposé ci-dessus), un strict équilibre des soldes se justifie par l'objectif d'équité intergénérationnelle entre les bénéficiaires. Ce pilotage pluriannuel pourrait être assuré sur un horizon glissant de moyen terme²³². Un tel horizon

²³¹ Cour des comptes, « *La tarification des accidents du travail et maladies professionnelles : une gestion lourde, un caractère incitatif à renforcer* », Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018.

²³² Le projet de loi organique relatif au système universel de retraite, adopté en première lecture par l'Assemblée nationale, proposait de retenir une durée de cinq années.

permettrait de déterminer, en fonction de scénarios de croissance et de démographie, quand il est nécessaire de dégager des excédents et quand il est éventuellement possible d'accepter des déficits transitoires.

En conséquence, ces branches auraient vocation à être étanches par rapport aux autres en recettes comme en dépenses. Pour assurer leur équilibre de moyen-terme, des mécanismes d'ajustement prédéfinis pourraient être introduits dans l'évolution des paramètres des prestations et des cotisations²³³. Une fois la dette sociale amortie, les éventuels excédents auraient vocation à être mis en réserve afin de lisser les impacts de la conjoncture économique sur les recettes.

Pour les branches à caractère universel (maladie au titre de la prise en charge des frais de santé, famille et autonomie), les objectifs de dépenses par branche adoptés par le Parlement dans les lois de financement auraient vocation à être assortis, comme c'est déjà le cas pour la part de ces dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), de mécanismes destinés à en renforcer le suivi infra-annuel afin d'en garantir le respect.

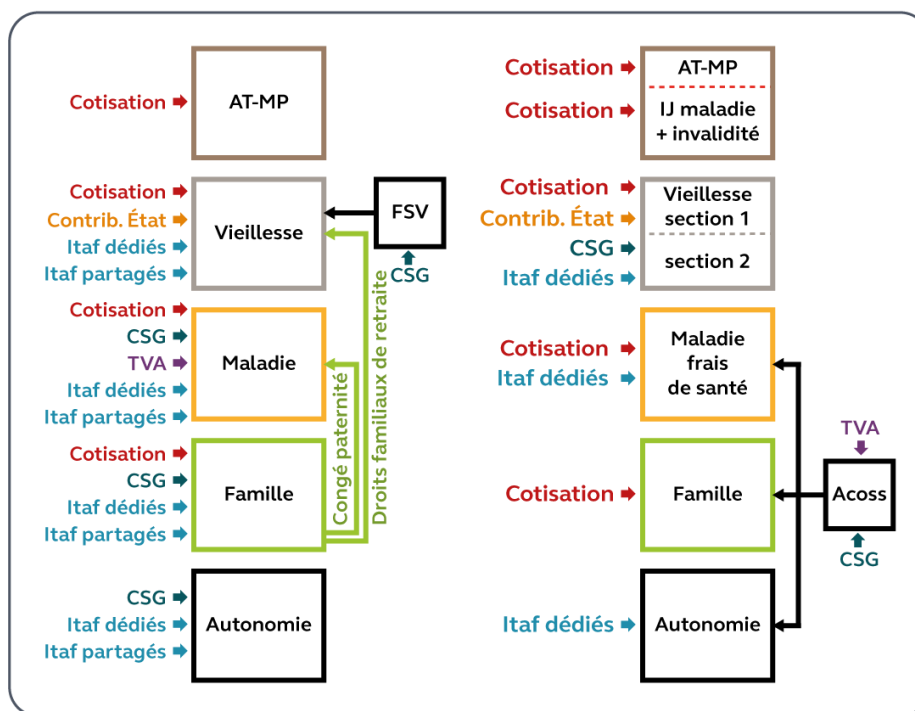
Par ailleurs, aucune raison particulière ne justifie que les branches à caractère universel – maladie (remboursement des frais de santé), famille et autonomie – bénéficient de telle ou telle part de CSG ou de TVA. Les LFSS pourraient affecter à l'Acoss les recettes de CSG et de TVA destinées au financement des branches universelles et fixer la répartition du montant total des recettes en question entre ces branches de manière proportionnelle aux soldes à financer des objectifs de dépenses fixés pour l'année à venir et pour les trois années suivantes, après prise en compte des cotisations et des impôts et taxes spécifiques qui leur sont affectés.

Sans remettre en cause l'enjeu qui s'attache au respect par les branches des objectifs de solde financier, l'affectation des recettes de TVA et de CSG aux branches universelles serait ainsi fondée sur la dynamique prévisionnelle de leurs dépenses, ce qui préviendrait la reconstitution d'excédents tendanciels à la branche famille et responsabiliserait plus fortement les branches universelles – notamment la maladie – sur les actions à mener pour éviter d'éventuels dépassements des objectifs de dépenses.

En définitive, la mise en œuvre des évolutions proposées dans les développements qui précèdent conduirait à simplifier et à clarifier notablement les circuits de financement de la sécurité sociale et, s'agissant des branches de prestations à caractère universel, à mettre plus nettement l'accent sur la maîtrise des dépenses pour atteindre l'équilibre financier.

²³³ Le *panorama des pensions 2021* de l'OCDE recommande à la France la mise en place de mécanismes d'ajustement automatique portant sur l'âge de la retraite, le montant des pensions ou celui des cotisations, que les deux tiers de ses États-membres ont déjà adoptés.

Graphique n° 6 : situation actuelle simplifiée (gauche) et situation proposée (droite) des recettes des branches de la sécurité sociale



Source : Cour des comptes

Afin d'en assurer l'effectivité, les principes suivants pourraient être inscrits dans la loi organique relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques : norme d'équilibrage pluriannuel des branches principalement contributives ou à caractère assurantiel, étanchéité des recettes et des dépenses entre ces branches et celles à caractère universel, affectation aux branches à caractère universel des recettes de CSG et de TVA et répartition de ces recettes entre elles, après déduction des cotisations et impôts répondant à une finalité particulière, en fonction d'une norme pluriannuelle de dépenses.

L'accent ainsi placé sur la norme de dépense pour les branches à caractère universel ne remettrait pas en cause l'objectif général central d'un retour à l'équilibre financier de chacune des branches de la sécurité sociale. Il conduirait, en revanche, à l'organiser de manière plus précise et efficace, dans un cadre adapté à la nature des prestations, à l'évolution spontanée des dépenses qui leur sont liées et aux leviers à privilégier pour garantir le retour à l'équilibre financier des différentes branches.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Compte tenu des règles d'attribution et de calcul fixées par le législateur, les droits et prestations relevant de la sécurité sociale se distinguent par leur nature contributive, assurantielle ou universelle. Or les cotisations sociales et les divers impôts affectés à leur financement coïncident imparfaitement avec cette nature. De plus, les circuits d'affectation de ces recettes sont complexes et instables.

Il convient par conséquent de clarifier et de simplifier les conditions de financement des risques sociaux couverts dans le cadre des branches de sécurité sociale en les adaptant à la nature des droits et prestations sociales qu'elles financent et en stabilisant l'affectation des recettes.

Une réforme de cette nature, sans modifier la gouvernance générale de la sécurité sociale, ni le niveau des droits sociaux et des prélèvements publics contribuerait utilement à la définition d'une trajectoire de retour à l'équilibre des comptes sociaux et à la mise en œuvre des mesures de réforme qui en seraient la conséquence. Elle améliorerait les conditions de l'exercice par le Parlement de ses pouvoirs de contrôle sur les finances sociales et favoriserait l'adhésion des citoyens aux efforts de redressement financier qui leur seront demandés.

La Cour formule ainsi, à l'attention des ministères chargés de la sécurité sociale, de l'économie et du budget, les recommandations suivantes :

- 1. clarifier les finalités du financement de la sécurité sociale par la voie d'impôts, en réaffectant à l'État ceux qui n'ont pas de liens avec ses missions, hormis la TVA, et compenser la perte de recettes correspondante par une augmentation de la part de la TVA affectée à la sécurité sociale ;*
- 2. simplifier le financement des droits non contributifs de retraite, en supprimant le FSV et les transferts de la branche famille et en mettant les dépenses correspondantes à la charge de sections comptables spécifiques des régimes de retraite, financées par des impôts affectés ; alternativement, centraliser leur financement à la Cnav, également par la voie d'impôts affectés ;*

3. *délimiter l'objet du financement de la branche famille par cotisations patronales, en ajustant le niveau de celui-ci à hauteur des dépenses visant à concilier vies familiale et professionnelle, transférer l'excédent de cotisations résultant de cet ajustement à la branche vieillesse ou bien au financement des prestations en espèces maladie et réaffecter à due concurrence à la branche famille des impôts finançant ces branches ; regrouper le financement des congés maternité et paternité dans une seule et même branche (famille, ou bien maladie) ;*
4. *piloter dans les lois de financement de la sécurité sociale la trajectoire financière des branches universelles (maladie hors prestations en espèces, famille et autonomie), en répartissant entre elles le montant total des recettes prévisionnelles (impôts et taxes et cotisations spécifiquement affectés aux branches, complétés par des fractions de CSG et de TVA modulées par branche) de manière proportionnelle aux objectifs de dépenses qui leur sont fixés.*

La mise en œuvre de ces recommandations devrait être précédée d'une concertation approfondie avec l'ensemble des parties prenantes, notamment avec les organisations représentatives des entreprises et des salariés. Afin d'en assurer l'effectivité, la dernière recommandation aurait vocation à être intégrée aux dispositions de la loi organique relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques.

Enfin, la Cour estime qu'il conviendrait d'envisager le regroupement de l'ensemble des prestations en espèces pour raison de santé dans une même branche, financée par cotisations, afin de favoriser la mise en œuvre d'une politique cohérente de prévention des interruptions de travail et d'accompagnement du retour au travail.

Chapitre III

Les conventions entre les professionnels de santé de ville et l'assurance maladie : une contribution à l'efficience des dépenses à renforcer

PRÉSENTATION

La France a développé depuis plus de cinquante ans un modèle spécifique d'organisation des relations avec les professionnels de santé exerçant en libéral, fondé historiquement sur un système de conventions qui assure la solvabilité de la patientèle, grâce au remboursement par la sécurité sociale des soins délivrés par les professionnels, en contrepartie du respect par ces derniers de tarifs opposables.

Cet ensemble conventionnel a évolué progressivement : centrées à l'origine sur les questions de tarification des actes et de rémunération, les conventions traitent désormais de la structuration de l'offre de soins²³⁴, de santé publique, de qualité des pratiques et d'efficacité des prises en charge. Ainsi, les conventions sont désormais l'un des instruments de régulation visant à concilier l'exercice libéral des professionnels de santé installés en ville, les enjeux de réorganisation du système de santé et les objectifs de maîtrise financière.

Depuis 2015, plus de soixante textes conventionnels de toute nature ont été conclus, prévoyant des mesures nouvelles – au nombre desquelles des revalorisations tarifaires et la création de nouveaux modes de rémunération destinés par exemple à favoriser l'exercice coordonné induisant 4,7 Md€ de dépenses supplémentaires cumulées, soit une augmentation moyenne d'environ 0,7 Md€ par an. La contribution totale de l'instrument conventionnel à l'évolution des dépenses d'assurance maladie est néanmoins aujourd'hui difficile à cerner avec précision, faute d'être suffisamment suivie par les pouvoirs publics.

Si les nouvelles mesures conventionnelles représentent près de 15 % de la progression annuelle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), aucun instrument spécifique n'a été institué pour réguler les conséquences financières de ces mesures (I). Les rémunérations des professionnels libéraux sont, de même, insuffisamment conditionnées par une transformation effective des pratiques individuelles et collectives (II). Enfin, un nouvel ordonnancement d'ensemble des conventions apparaît nécessaire, compte tenu notamment de l'évolution des modes d'exercice des professionnels libéraux (III).

²³⁴ Permanence des soins, répartition géographique, coordination des professionnels et télé-médecine, notamment.

Les conventions entre l'assurance maladie et les professions de santé libérales

Les conventions entre l'assurance maladie l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les professions de santé sont conclues au niveau national depuis 1971 pour une durée de cinq ans, avec tacite reconduction²³⁵. Elles sont applicables aux professionnels de santé qui s'installent en libéral, s'ils en font la demande, ainsi qu'aux professionnels déjà installés, tant qu'ils n'ont pas fait connaître leur souhait d'en sortir. La plupart des professions (infirmiers, pharmaciens, chirurgiens-dentistes) ont signé leurs premières conventions au cours des années 70 et les dernières dans le courant des années 90 (directeurs de laboratoires, orthophonistes, orthoptistes). Seize conventions et un accord national sont en vigueur aujourd'hui. Ces textes concernent les médecins, les autres professions médicales, les auxiliaires médicaux, les centres de santé, les transporteurs sanitaires et les distributeurs de biens médicaux ou professions de l'appareillage.

L'architecture conventionnelle repose sur quatre types de conventions ou d'accords : l'accord-cadre interprofessionnel (Acip) fixant les dispositions communes à l'ensemble des professions, les accords conventionnels interprofessionnels (ACI) pouvant intéresser tout ou partie des professions de santé, les conventions professionnelles ou sectorielles (pour les centres de santé) et les outils de promotion de la qualité des soins.

Les textes conventionnels (conventions et avenants) sont négociés entre l'assurance maladie, représentée par le directeur général de l'Uncam sur mandat de son conseil d'administration, et les organisations syndicales représentatives des professions de santé libérales concernées avec, parfois, l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam). Ils ne sont applicables qu'après approbation explicite, ou tacite du ministre chargé de la santé, au terme d'un délai de 21 jours.

L'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale définit le contenu des conventions pour toutes les professions à l'exception des pharmaciens d'officine et des centres de santé, en fixant sept thèmes²³⁶ communs. Il est complété par des articles propres à chaque profession. Le Conseil d'État exerce un contrôle de légalité des dispositions conventionnelles, en censurant celles qui ne relèveraient pas des thèmes prévus par le code de la sécurité sociale.

²³⁵ Cf. articles L. 162-15, L. 162-14 et L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale.

²³⁶ Honoraires et rémunérations ; contrats individuels et collectifs portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées ; conditions de participation de l'assurance maladie au financement des cotisations sociales ; commissions de hiérarchisation des actes et prestations ; conditions de modulation de la rémunération des professionnels de santé en fonction de leur participation à un exercice coordonné ; à titre facultatif, fonds de modernisation de la profession et dispositifs de régulation démographique des installations.

I - Une prise en compte encore limitée des enjeux de maîtrise des dépenses

Alors que la croissance des dépenses de soins de ville a systématiquement excédé les objectifs depuis 2015²³⁷, la maîtrise des dépenses d'assurance maladie ne constitue pas un élément central des relations conventionnelles.

A - Un suivi imprécis de la contribution des mesures conventionnelles à la croissance des dépenses d'assurance maladie

De 2015 à 2019, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) a globalement été sous-exécuté. À l'inverse, le sous-objectif « soins de ville » a presque toujours été dépassé, compensé par la maîtrise d'autres sous-objectifs. Il se décompose en différents postes de dépenses tels que les indemnités journalières, les produits de santé, les honoraires médicaux et dentaires, les honoraires paramédicaux, et les dépenses de laboratoires de biologie médicale. Seules ces trois dernières catégories de dépenses sont sensibles aux effets des mesures conventionnelles.

De 2015 à 2019, l'augmentation de 15 Md€ des dépenses de prestation de soins de ville est imputable, à hauteur de 2,3 Md€, aux indemnités journalières et, à hauteur de 4,6 Md€, aux produits de santé. La régulation de ces deux postes relève d'actions de gestion du risque par l'assurance maladie ou de mécanismes « prix-volume » avec les fabricants sous l'égide du comité économique des produits de santé. Ces dispositifs échappent au champ des conventions conclues avec les professions libérales.

Relevant strictement du champ des relations conventionnelles, les honoraires médicaux et dentaires contribuent pour 5 Md€²³⁸ à cette progression, les honoraires paramédicaux pour 3 Md€, et les dépenses de laboratoires pour 0,4 Md€. Ceci représente un peu plus de la moitié de la progression du poste « dépenses de prestations de soin de ville » (55 %).

²³⁷ Cf. Cour des comptes, « *Les dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019 : des progrès dans la maîtrise globale des dépenses, des réformes à intensifier* », in *La sécurité sociale* » in *Rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2020.

²³⁸ Parmi lesquels près d'1,8 Md€ sont liés à l'évolution conventionnelle des modes de rémunération des pharmaciens.

Tableau n° 23 : évolution des honoraires des professions libérales

(en M€)	2015	2016	2017	2018	2019	TCAM
Dépenses de soins de ville	68 019	70 247	72 483	74 391	83 143	5,2 %
Dont honoraires médicaux et dentaires	18 017	18 563	19 055	19 697	22 905	6,3 %
Dont honoraires paramédicaux	8 883	9 294	9 655	10 010	11 802	7,5 %
Dont laboratoires	2 843	2 901	2 934	2 901	3 281	3,8 %

Source : rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale – TCAM : taux de croissance annuel moyen

Une absence de suivi du coût propre des conventions

Les mesures prises dans le cadre des négociations conventionnelles ne font pas l'objet d'un suivi spécifique de la part des pouvoirs publics. Elles sont souvent confondues avec les dépenses liées à une profession, dont l'évolution est régulièrement présentée aux instances paritaires conventionnelles et au conseil de l'Uncam par l'assurance maladie. Dans de rares cas, cependant, un suivi des conséquences financières des mesures conventionnelles nouvelles est effectué pendant un ou deux ans.

Les seules sources disponibles pour retracer le coût propre des conventions sont parcellaires. Il s'agit, d'une part, des bilans établis à l'occasion de l'ouverture de nouvelles négociations et, d'autre part, des rapports sur les comptes de la sécurité sociale. Ces derniers pointent les sur- ou sous-exécutions attribuables à des mesures conventionnelles au sein des dépenses de soins de ville. Ils constituent donc les principaux documents pour estimer le poids financier des mesures conventionnelles dans l'Ondam.

L'effet des mesures conventionnelles de rémunération sur l'évolution des dépenses de prestations de soins de ville est sensible. Ainsi, la hausse importante de la contribution des honoraires médicaux et dentaires à la croissance des prestations de soins de ville entre 2017 et 2018 s'explique par l'entrée en vigueur en année pleine de la convention médicale de 2016, la croissance du poste « honoraires médicaux » représentant 28,4 % de la progression des prestations de soin de ville, contre 21 % environ les autres années.

Cependant, au-delà de l'effet prix, l'effet volume lié notamment au vieillissement de la population, aux aléas sanitaires et à l'augmentation de l'effectif de certaines professions doit être pris en considération. Par exemple, l'installation de 15 000 infirmiers libéraux entre 2015 et 2020 a nourri la dynamique des honoraires paramédicaux. L'établissement de bilans réguliers du coût des conventions pourrait contribuer à l'information

du Parlement, notamment dans le cadre des lois d'approbation des comptes de la sécurité sociale, et donner matière à des travaux d'évaluation des dispositifs. Ces bilans permettraient de mieux cerner la part du facteur prix, induit par les mesures conventionnelles, dans l'évolution des dépenses de soins de ville.

B - Des dispositifs conventionnels de régulation des dépenses circonscrits et peu répandus

Les textes conventionnels prévoient la possibilité de différer ou de rééchelonner l'entrée en vigueur de mesures portant sur la rémunération des professions. Ces clauses peuvent être déclenchées par l'assurance maladie ou par les syndicats représentatifs lorsque l'équilibre financier des dispositifs négociés apparaît compromis.

Une clause de revoyure inscrite dans une convention peut donner lieu à l'ouverture de négociations en vue d'apporter des mesures correctrices. Elle vise à préserver l'équilibre de l'accord lorsque les dépenses constatées s'écartent très sensiblement des prévisions. Cette option, inscrite dans l'avenant n° 6 à la convention des infirmiers, a été utilisée lors du déploiement du bilan de soins infirmiers. Constatant un dépassement du coût prévisionnel du dispositif, les parties sont convenues de son réaménagement et d'une révision à la hausse de l'enveloppe financière dans un nouvel accord, plus conforme à la réalité du besoin en soins infirmiers.

Des clauses dites de sauvegarde peuvent aussi être prévues par les partenaires, qui sont mises en œuvre lorsqu'il apparaît que les dispositions conventionnelles entraînent des conséquences plus importantes que prévues pour une profession. Ainsi, l'avenant n° 11 à la convention des pharmaciens prévoit une clause de sauvegarde de ce type à travers un mécanisme de compensation individuelle dans le cas où la réforme du mode de rémunération dégraderait leur situation financière.

C - Un encadrement financier à renforcer

1 - Des dispositifs d'effet très limité et de court terme

L'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, prévoit une entrée en vigueur différée de six mois des mesures conventionnelles comportant des conséquences financières. Leur effet budgétaire est donc simplement reporté sur l'exercice suivant.

Un dispositif de régulation jamais utilisé

Aux termes de l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, si le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie signale dans un avis un risque sérieux de dépassement de l'Ondam imputable en tout ou partie à l'évolution du sous-objectif « soins de ville », l'entrée en vigueur des mesures conventionnelles de nature financière est différée. La date d'entrée en vigueur compatible avec des mesures de redressement est discutée avec les partenaires conventionnels. Par défaut, elle est reportée au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Malgré les nombreux dépassements constatés des sous-objectifs de « soins de ville », le comité d'alerte n'a jamais rendu un tel avis en raison, notamment, des perspectives de mesures de gel de dépenses, au titre de l'Ondam « établissements de santé », qui lui ont été annoncées par l'administration.

Un autre levier à disposition du directeur général de l'Uncam, limité au domaine de l'imagerie médicale, est celui introduit par l'article 99 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017. Il l'autorise, par dérogation au code de la sécurité sociale, à fixer unilatéralement des rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement de matériels lourds d'imagerie médicale soumis à autorisation. Transmise aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, cette décision est réputée approuvée, sauf opposition motivée avant l'expiration d'un délai de quarante-cinq jours. Ce dispositif, très circonscrit, n'a cependant été utilisé qu'une seule fois²³⁹.

2 - Un rôle du Gouvernement et du Parlement à renforcer

Les discussions conventionnelles n'ont fait l'objet d'un cadrage financier pluriannuel préalable par les ministères chargés de la santé et de la sécurité sociale qu'à une seule occasion. La systématisation de cette pratique permettrait de transmettre ce cadrage au comité d'alerte de l'Ondam à l'issue des négociations conventionnelles, en cas d'écart par rapport aux trajectoires attendues, afin qu'il formule, le cas échéant, des propositions de mesures correctives.

²³⁹ Cf. le chapitre IV du présent rapport.

L'absence de cadrage systématique des dépenses

Afin de respecter les objectifs fixés par l'Ondam pour la période 2018-- 2022, les ministères chargés de la santé et de la sécurité sociale ont défini, fin 2018, un cadrage pluriannuel des dépenses d'assurance maladie au titre des revalorisations conventionnelles et des décisions de nomenclature en faveur des professionnels de santé exerçant en ville. Élaboré en concertation avec le directeur général de l'Uncam, ce cadrage a fixé une enveloppe globale pour financer de nouvelles mesures sur la période 2019-2022, et l'a répartie en enveloppes annuelles à respecter pour les conventions et avenants récents ou à venir. Le suivi de ce cadrage, assuré par la direction de la sécurité sociale, a permis de signaler, fin 2019, la surconsommation de l'enveloppe pluriannuelle et la réduction de la ressource disponible pour les négociations à venir.

Le choix a cependant été fait de ne pas en tenir compte et de poursuivre la négociation d'avenants engageant d'importants montants financiers, comme l'avenant n° 9 à la convention des médecins et l'avenant n° 8 à la convention des infirmiers²⁴⁰.

À l'issue des négociations, l'entrée en vigueur des textes conventionnels est soumise à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, mais le non-respect de la trajectoire financière prévue dans les lois de financement de la sécurité sociale ne figure pas au nombre des motifs de refus d'approbation²⁴¹.

Associée à la définition d'objectifs de dépenses collectifs opposables aux professionnels libéraux, la possibilité, pour le ministre, d'écarter des dispositions conventionnelles sur des motifs financiers et de baisser unilatéralement les tarifs pourrait être étudiée, à travers l'extension du champ d'application et l'adaptation du mécanisme de l'article 99 de la loi de financement pour 2017.

²⁴⁰ La direction de la sécurité sociale a estimé le coût de l'avenant n° 9 à la convention des médecins – conclu le 21 juillet 2021 – à 800 M€ sur trois ans (2021-2023) dont 500 M€ pour l'assurance maladie obligatoire. L'avenant n° 8 à la convention des infirmiers – conclu le 9 novembre 2021 – a vu la somme annuelle destinée au bilan de soins infirmiers portée à 217 M€, contre 122 M€ annuels initialement prévus dans l'avenant n° 6.

²⁴¹ Une opposition du ministre doit être justifiée par des motifs strictement définis, relevant de la non-conformité aux lois et règlements en vigueur, de la santé publique, de la sécurité sanitaire ou du principe d'égal accès aux soins.

II - L'investissement financier en faveur de l'accès aux soins et de la coordination des soins : des résultats trop limités

L'analyse de l'instrument conventionnel doit aussi chercher à évaluer l'efficacité de celui-ci pour l'amélioration de la qualité de la dépense et de l'organisation du système de santé.

Les conventions sont mobilisées dans le but d'orienter les pratiques des professionnels de santé libéraux, à travers les modalités de leur rémunération individuelle, pour promouvoir la prévention ou pour cibler des catégories de patients. Plus récemment, des dispositifs conventionnels incitatifs ont cherché à améliorer l'organisation des parcours et de la coordination. Toutefois, ils se limitent encore souvent à des effets d'annonce ou, pour les professionnels, à des avantages ponctuels sans contrepartie.

A - Des modèles de rémunération à réorienter

Les modèles de rémunération conventionnels sont aujourd'hui inadaptés et doivent être redéfinis. Une telle évolution figurait parmi les objectifs des conventions, notamment de celles des médecins de 2011 et de 2016. Des mécanismes de forfaitisation ont, certes, été mis en place, mais ils restent embryonnaires.

1 - Un poids toujours prépondérant de la tarification à l'acte

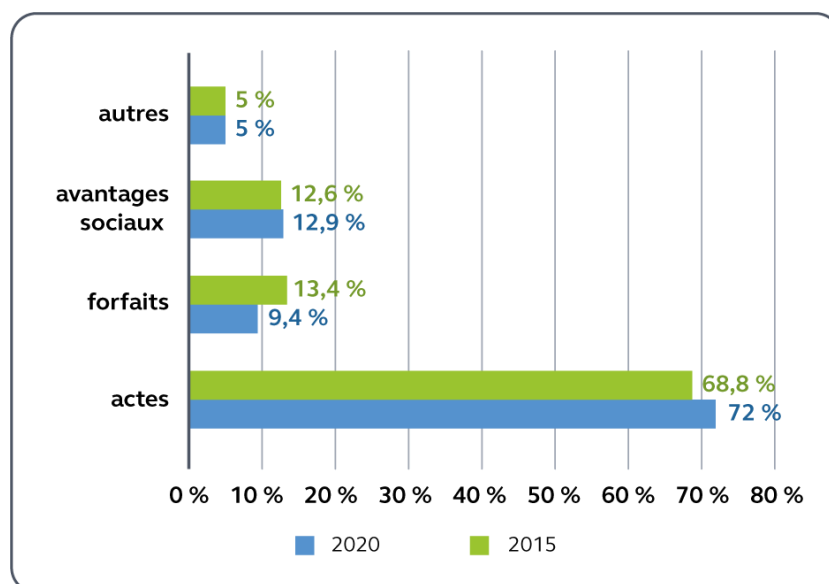
Le paiement à l'acte, très majoritaire, est caractéristique du système de santé français. La rémunération à l'acte a représenté de 69 % à 98 % des rémunérations en 2020, selon les professions ; elle a augmenté pour toutes les professions, à l'exception des médecins. Des pays comparables ont opté au contraire pour un modèle salarié comme le Royaume-Uni et les États-Unis, ou pour un paiement à la capitation²⁴² comme l'Autriche et la Belgique. Dans ces pays, la rémunération à l'acte des professionnels de santé est accessoire, voire marginale ; elle n'excède jamais 50 % de leurs revenus²⁴³.

²⁴² « La capitation consiste à allouer une somme au médecin qui, en contrepartie, s'engage à prendre en charge un patient pendant une période définie (une année le plus souvent) », Pierre-Louis Bras, *Les Tribunes de la santé* 2017/4 (n° 57).

²⁴³ Stratégie de transformation du système de santé, Rapport final, Modes de financement et de régulation, Jean-Marc Aubert, janvier 2019.

Or, un paiement principalement à l'acte présente des limites bien connues, tout à fait comparables à celles largement évoquées dans le cas de la tarification à l'activité (T2A) dans le secteur hospitalier. Les professionnels peuvent piloter leurs revenus en définissant le contenu de leurs prestations²⁴⁴, la durée de leurs consultations, leurs horaires ou le nombre d'actes réalisés²⁴⁵, ce qui peut entraîner une dérive inflationniste des dépenses. Par ailleurs, ce mode de rétribution n'est pas propice au déploiement de la prévention²⁴⁶.

Graphique n° 7 : évolution de la structure de rémunération des médecins généralistes (en %)



Note de lecture : les dépassements d'honoraire sont inclus dans la rémunération à l'acte, l'assurance maladie accorde des avantages consistant à une prise en charge partielle des cotisations sociales dues par les professionnels libéraux.

Source : Assurance maladie, graphique Cour des comptes

²⁴⁴ *Op. cit.*, Pierre-Louis Bras.

²⁴⁵ « Modes de rémunération des médecins » Lettre Trésor-Eco n°42, septembre 2008.

²⁴⁶ « How payment systems affect physicians' provision behavior — An experimental investigation » Reinhard Selten, Daniel Wiesen ; *Journal of Health Economics* Volume 30, Issue 4, July 2011.

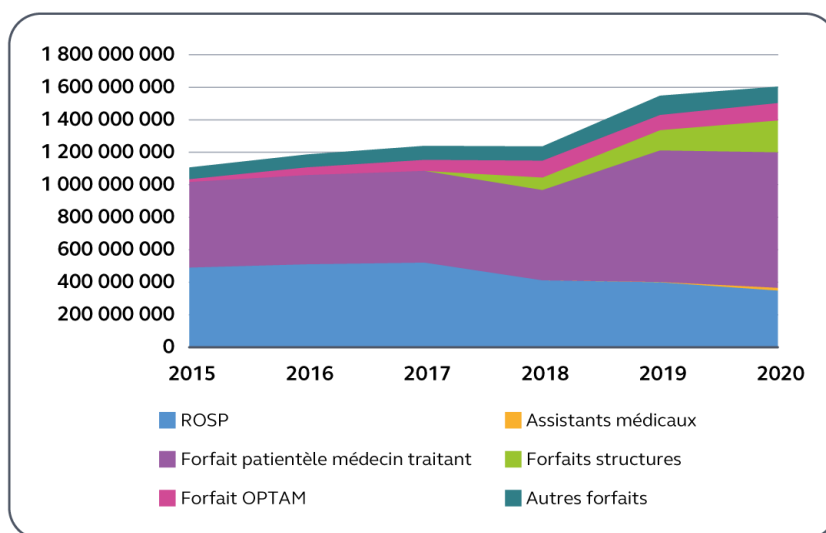
2 - Une rémunération par forfait à développer

Des rémunérations forfaitaires sont apparues dans les textes conventionnels signés depuis 2015. Certaines d'entre elles ne concernent que les médecins, comme le forfait « structure » ou le forfait « patientèle-médecin traitant » (FPMT) ; d'autres sont communes à plusieurs professions, comme la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) qui existe depuis 2012 et concerne les médecins et les pharmaciens. Le forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet (Fami) bénéficie aux chirurgiens-dentistes, aux sages-femmes et aux auxiliaires médicaux. Sur la période, ces rémunérations sont passées de 1 Md€ à 1,6 Md€, soit un peu moins de 2 % du sous-objectif « soins de ville » de l'Ondam.

La Rosp, des objectifs devenus moins ambitieux

La convention médicale de 2016 avait prévu une clause de sauvegarde garantissant aux médecins le même niveau de rémunération sur objectifs de santé publique pour les deux premières années d'application (2017 et 2018), quels que soient les résultats obtenus dans le nouveau modèle. Elle a été exercée en 2018 et en 2019. Au-delà des deux premières années, l'avenant n° 6 a prévu des dispositifs au bénéfice des praticiens aux effets analogues à la clause de sauvegarde, consistant en l'abaissement durable des seuils d'éligibilité et des résultats attendus en termes de santé publique, afin de garantir la rémunération des professionnels.

Ainsi, l'objectif de part de la population concernée par un dépistage du cancer colorectal, initialement fixé en 2016 entre 40 et 70 %, a été ramené à une fourchette comprise entre 24 % et 55 %, soit à une valeur inférieure à celles recommandées par l'Union européenne pour espérer faire baisser la mortalité de 10 %. La France, qui enregistrait déjà des résultats très inférieurs à ses voisins européens, a vu son taux de participation à ce dépistage baisser depuis, sans que la rémunération des médecins en soit affectée.

Graphique n° 8 : évolution des rémunérations forfaitaires

Source : Assurance maladie

La négociation séparée, avec chacune des professions, de forfaits d'objet identique, comme le forfait structure ou le Fami, aurait pu relever d'une seule négociation pluriprofessionnelle. Leur valorisation gagnerait à être unique unique par un ajustement sur la moins coûteuse.

Par ailleurs, les rémunérations sur objectifs de santé publique (médecins, centres de santé et pharmaciens) restent marginales dans l'Ondam. Elles représentent une dépense annuelle comprise entre 350 et 400 M€ sur la période, soit de 0,2 % à 0,4 % du sous-objectif « soins de ville ». La Rosp n'a représenté que 2,8 % de la rémunération annuelle en moyenne des médecins généralistes entre 2015 et 2020, 1,2 % de celle des pharmaciens et 0,2 % de celle des médecins spécialistes. Le nombre de médecins généralistes inclus dans ce dispositif a baissé de 4 % depuis 2018²⁴⁷ ; 3 % n'y adhèrent toujours pas.

²⁴⁷ Selon les données de la Cnam issues de l'annexe 3 des rapports *Charges et produits*.

Les forfaits patientèle, structure, et le Fami

Entré en vigueur le 1^{er} janvier 2018²⁴⁸, le forfait patientèle-médecin traitant²⁴⁹ s'est substitué à différentes rémunérations forfaitaires²⁵⁰. En 2020, il a été versé dans 97 % des cas à des médecins généralistes, pour une rémunération annuelle moyenne de l'ordre de 15 000 €²⁵¹ représentant environ 10,6 % de leur rémunération annuelle.

La convention médicale signée en 2016 a également créé le forfait structure, composé de trois volets. Les deux premiers incitent les médecins à utiliser les outils numériques et à accroître la qualité de l'organisation de leur cabinet. Selon la Cnam, la rémunération moyenne versée à ces titres aux médecins généralistes a été de 2 942 € en 2020 pour une rémunération maximale possible de 6 195 €. L'avenant n° 7 à la convention médicale a introduit un troisième volet afin de permettre l'emploi d'un assistant médical pour accroître substantiellement la patientèle du médecin. Les aides pour ce troisième volet peuvent atteindre 36 000 € et ont représenté en 2020 une dépense totale de 18 M€.

Un forfait similaire d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet (Fami) a été déployé pour les autres professions, à l'exception des pharmaciens et des biologistes. La nécessité de mettre en place, pendant la pandémie, des solutions alternatives à des prises en charge au cabinet a été un puissant accélérateur de son déploiement.

3 - Des modèles de rémunération à redéfinir

De nombreuses innovations médicales et organisationnelles modifient la pratique des professionnels de santé et sont susceptibles de déplacer des actes et, donc, des rémunérations d'une profession à l'autre. Ce phénomène, amplifié par l'effet de la numérisation notamment, incite à redéfinir les modèles de rémunération.

Le modèle économique de la rémunération des médecins généralistes, fondé sur la réalisation de volumes d'actes importants, est particulièrement concerné par les partages et transferts d'actes au bénéfice

²⁴⁸ Article 15.4.1 de la convention nationale des médecins signée le 25 août 2016.

²⁴⁹ Le médecin traitant est rémunéré sur la base de 5 € par patient, de 6 € pour les enfants de 0 à 6 ans, de 42 € pour ceux de plus de 80 ans ou inscrit dans une affection de longue durée (ALD), et de 70 € pour ceux de plus de 80 ans et inscrit dans une ALD. Une majoration est prévue si la part des patients du médecin traitant qui bénéficient de la complémentaire santé solidaire est supérieure au taux moyen national.

²⁵⁰ Majorations pour personnes âgées (MPA), forfait médecin traitant (FMT), rémunération médecin traitant (RMT).

²⁵¹ Données de l'assurance maladie.

d'autres professions de santé. En 2019, les pharmaciens, entre autres, ont ainsi été autorisés à vacciner contre la grippe après une expérimentation de plusieurs années. Un double gain de productivité découle de ces partages d'actes ou de compétences car, d'une part, ils accroissent l'accessibilité aux soins et, d'autre part, ils diminuent le coût de ces soins dans l'intérêt tant des patients que des finances publiques.

Ce mouvement mériterait d'être amplifié en rendant le revenu des médecins moins sensible à la réalisation d'actes à faible valeur ajoutée médicale. Cette perspective reçoit un assentiment croissant au sein des syndicats de médecins et du Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom) qui plaident de plus en plus souvent pour l'accroissement de la forfaitisation de leur rémunération²⁵². Il pourrait en particulier être intéressant, dans le cadre des négociations de la prochaine convention médicale, d'offrir aux praticiens qui le souhaitent la possibilité d'opter pour une rémunération avec une composante forfaitaire plus marquée sous réserve qu'ils s'inscrivent dans un exercice coordonné.

L'exemple réussi d'évolution du modèle de rémunération officinale

Depuis la signature de la convention des pharmaciens d'officine en 2012, le modèle de leur rémunération, jusque-là fondé sur une marge, réglementée et appliquée au prix des médicaments, a été complété par la création d'actes de dispensation.

En 2017, l'avenant n° 11 a eu pour objectif de transférer, sur une période de deux à trois ans, environ la moitié de la marge réglementée vers les honoraires de dispensation. Cette marge a ainsi baissé de 1,8 Md€. Le dispositif conventionnel a permis de piloter très précisément cette transition qui est, à ce stade, conforme aux objectifs initiaux. Lorsque des écarts ont été constatés, ils ont été régulés par une baisse de cotation, comme dans l'avenant n° 19. Cette réforme est appelée à se poursuivre.

²⁵² « Soigner demain », Ordre national des médecins, février 2022.

B - Des contreparties aux incitations financières à renforcer

De nombreuses incitations conventionnelles, souvent modestes, visent à améliorer la coordination et l'accès aux soins.

Leur bilan²⁵³ apparaît contrasté et, globalement, en-deçà des enjeux de transformation du système de santé et des financements mobilisés par l'assurance maladie pour inciter les professionnels à changer leurs pratiques.

1 - L'aide aux structures d'exercice coordonné

L'exercice coordonné entre professionnels de santé est désormais présenté comme la norme pour l'organisation des soins primaires et revêt plusieurs formes : une coordination de proximité centrée sur les soins et sur le patient (équipes de soins, maisons de santé pluriprofessionnelles et centres de santé) et une autre, organisationnelle, à l'échelle des territoires, assurée par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Des aides importantes aux maisons de santé pluriprofessionnelles

Fin 2020, un peu moins de 1 200 maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) signataires de l'ACI²⁵⁴, majoritairement implantées dans les zones sous-denses, regroupaient près de 14 200 professionnels de santé ; 4,2 millions d'assurés avaient déclaré un médecin traitant exerçant au sein d'une MSP.

L'efficacité de ce mode d'organisation des soins doit toutefois être mise en perspective avec les financements accordés par l'assurance maladie : en sus de la rémunération de chacun des professionnels exerçant dans une MSP, la structure a reçu en moyenne 60 680 € (pour un montant total de 55,6 M€ en 2019), l'usage de ce financement et son éventuelle répartition entre professionnels étant laissés à la discrétion de ceux-ci.

²⁵³ Les développements qui suivent ne traitent pas des possibilités ouvertes depuis 2016 d'une modulation des clauses conventionnelles pour les adapter aux spécificités territoriales (à l'exception des tarifs des actes et des prestations, ainsi que des forfaits de rémunération). Ils n'analysent pas non plus la portée et l'effet des dispositifs visant à réguler l'installation des professionnels de santé selon les territoires. Ces différents aspects sont en effet pris en compte dans le cadre de travaux de la Cour sur l'offre de soins de premier recours qui donneront lieu à des publications ultérieures.

²⁵⁴ Les MSP qui souhaitent adhérer à l'ACI ou salarier des professionnels de santé sont constituées sous la forme de société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens, exerçant en libéral à titre principal. Ils partagent un projet de santé, des méthodes de travail et parfois des locaux.

Afin d'accélérer le développement de l'exercice coordonné, le législateur a confié aux partenaires conventionnels le soin de déterminer « *les conditions de modulation de la rémunération des professionnels de santé en fonction de leur participation à un cadre d'exercice coordonné* »²⁵⁵. Dans ses orientations relatives à l'avenant n° 7 à la convention médicale, le ministre a précisé que ce sujet serait abordé par profession, au fur et à mesure des cycles de négociation, en commençant par les médecins.

Cet avenant n° 7 a ainsi fait évoluer le forfait structure pour accorder une majoration supplémentaire aux médecins exerçant dans un cadre coordonné²⁵⁶. Cependant, les partenaires conventionnels ont retenu la définition très extensive de l'exercice coordonné proposée par l'accord-cadre interprofessionnel (Acip) de 2018, moins contraignante que celle figurant dans la lettre ministérielle de cadrage. Cette dernière conditionnait l'attribution de la majoration par la participation à une CPTS, qui devait être appréciée en fonction du degré d'engagement effectif des professionnels.

Il aurait été préférable, pour éviter une dérive inflationniste, d'introduire une minoration du forfait structure pour les médecins ne s'engageant pas dans un exercice coordonné et de respecter la définition proposée par le Gouvernement. Par ailleurs, il conviendrait d'engager sans tarder les négociations relatives à la modulation des rémunérations avec l'ensemble des autres professions, d'autant plus que certains avenants conventionnels ont été conclus depuis, notamment avec les infirmiers ou les orthophonistes.

2 - Une organisation des soins non programmés en ville encore en devenir

Afin de répondre aux difficultés d'accès aux soins, après 20 heures et le week-end, les agences régionales de santé (ARS) sont chargées de l'organisation de la permanence et de la continuité des soins. Chacune des conventions professionnelles précise les dispositifs de rémunération correspondant. En 2020, l'assurance maladie a versé près de 445 M€ à ce titre, montant en augmentation de 20 % depuis 2015. Pourtant, la participation des médecins généralistes à la permanence des soins²⁵⁷ a baissé sur la même période, passant de 66 % à 60 %, alors que leur effectif est resté stable.

²⁵⁵ Art. L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

²⁵⁶ Un mécanisme similaire figure dans l'avenant n° 21 à la convention pharmaceutique, l'exercice coordonné devenant un prérequis de la Rosp attribuée aux officinaux.

²⁵⁷ Mesurée à partir des données de la Cnam comme le nombre de médecins généralistes, hors médecins à exercice particulier et hors médecins salariés, ayant reçu au moins une rémunération au titre de la permanence des soins au cours de l'exercice.

En parallèle, les partenaires conventionnels ont favorisé financièrement les soins non-programmés. Ainsi, deux types de majoration ont été créés par la convention médicale de 2016, afin de favoriser des prises en charge sans délai : une première majoration de 15 € pour les spécialistes recevant en consultation dans les 48 heures un patient adressé par un autre médecin, lui-même rémunéré à hauteur de 5 € ; la seconde, de 15 €, pour le médecin traitant prenant en charge l'un de ses patients après adressage par la structure de régulation départementale. De même, les accords-cadres interprofessionnels (ACI) relatifs aux MSP et aux CPTS ont introduit des rémunérations pour la prise en charge de soins non programmés. Enfin, en 2021, l'avenant n° 9 à la convention des médecins a généralisé le service d'accès aux soins en définissant les rémunérations des professionnels libéraux y participant, selon une logique forfaitaire en partie décorrélée du nombre d'actes réalisés. Ce mécanisme est entré en vigueur le 1^{er} avril 2022. Dispositif conventionnel négocié au niveau national pour l'ensemble du territoire, il constitue également une garantie contre des dérives inflationnistes que des négociations organisées localement pourraient engendrer. Certaines ARS avaient en effet accordé des rémunérations pour la permanence des soins, financées à partir du fonds d'intervention régionale, de 125 € par heure (contre 90 € pour le tarif prévu par l'avenant n° 9) ou forfaitaires de 450 €.

3 - Une maîtrise insuffisante des dépassements de tarif

Afin de renforcer l'accès aux soins de tous, quel que soit le niveau de ressources des assurés la convention médicale de 2016²⁵⁸ a prolongé le contrat d'accès aux soins²⁵⁹, dont l'efficacité avait été jugée sévèrement par la Cour en 2014²⁶⁰, par deux options en vigueur depuis janvier 2017 : l'option de pratique tarifaire maîtrisée (ou Optam), ouverte à l'ensemble des médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels, et l'Optam chirurgie et obstétrique (Optam-Co). Afin de rendre le dispositif plus attractif pour les médecins, les partenaires conventionnels ont instauré, pour toutes les spécialités, une prime modulée en fonction des taux de dépassements et d'actes pratiqués au tarif opposable, qui se substitue à la prise en charge des cotisations sociales qui, alors, n'intervient plus que si les engagements sont atteints à 100 %²⁶¹.

Depuis la mise en place de ces deux options, le nombre de médecins adhérents a légèrement augmenté, passant de 12 272 en 2017 à 14 843 en octobre 2021, ainsi que le taux d'adhésion (de 47 % à 52 %). Les différences sont toutefois marquées en fonction des spécialités. Ainsi, le taux d'adhésion des médecins généralistes atteint 70 %, contre 50 % en moyenne pour les autres spécialistes, allant de 26 % pour les ophtalmologues à 82 % pour les radiothérapeutes. Dans le même temps, le taux moyen de dépassement d'honoraires des médecins adhérents à l'Optam et à l'Optam-Co a diminué alors que l'activité réalisée à tarif opposable a augmenté.

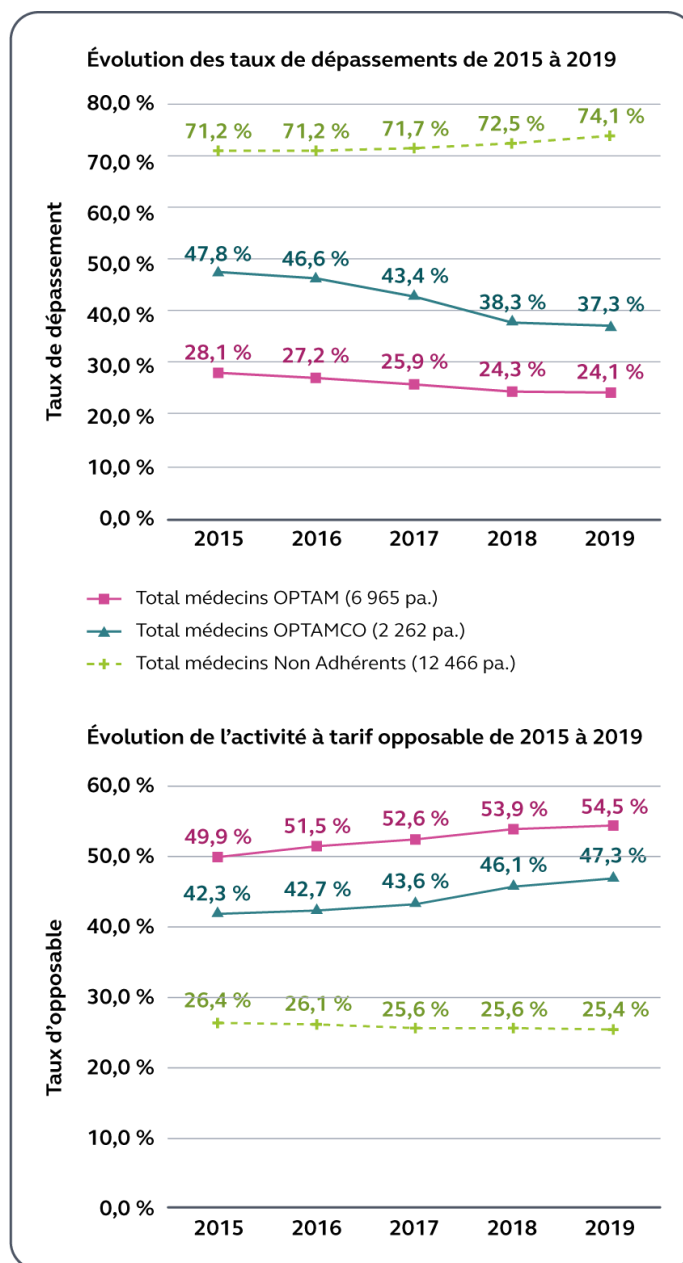
²⁵⁸ Art. 40 à 58.

²⁵⁹ Créé par l'avenant n° 8 à la convention médicale de 2011, signé le 25 octobre 2012, le contrat d'accès aux soins est souscrit sur la base du volontariat par les médecins en secteur 2 ou bénéficiant d'un droit permanent à dépassement. En contrepartie d'engagements sur un taux moyen de 100% de dépassement d'honoraires, de stabilisation de leurs tarifs et d'une part d'activité à tarifs opposables croissantes, les médecins adhérents aux CAS bénéficient d'une prise en charge de leurs cotisations sociales pour les tarifs pratiqués à tarifs opposables, dans les mêmes conditions que les médecins de secteur 1.

²⁶⁰ Cour des comptes, *Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions de santé libérales*, Communication à la Commission des affaires sociales du sénat, juillet 2014.

²⁶¹ La prime Optam est calculée chaque année au prorata de l'activité réalisée au tarif opposable par le médecin en référence à un taux fixé par spécialité dans la convention. En l'absence d'écart, la prime est versée à 100 % ; si un écart de plus de cinq points est observé, la prime n'est pas versée.

**Graphique n° 9 : évolution des taux de dépassements
 et de l'activité à tarif opposable de 2015 à 2019**



Source : Cnam

Cette double évolution positive s'inscrit cependant dans un mouvement plus large d'augmentation de la proportion de médecins pratiquant des dépassements d'honoraires, qui s'élevait à 50 % (hors généralistes) à la fin de 2020 contre environ 45 % en 2016. En outre, le forfait moyen Optam a presque doublé de 2017 à 2020, passant de 3 891 € à 6 912 €, les dépassements d'honoraires continuant cependant à augmenter.

Par ailleurs, l'assurance maladie n'a engagé depuis 2016 que deux campagnes d'actions individualisées en direction des médecins aux pratiques tarifaires excessives. Ces campagnes ne sont pas engagées de manière unilatérale par l'assurance maladie, mais doivent être définies d'un commun accord avec les partenaires conventionnels²⁶².

Des actions limitées contre les dépassements d'honoraire excessifs

La première campagne, menée en 2017, s'est traduite par l'envoi de courriers d'information à 902 médecins²⁶³ parmi lesquels, seuls, 36 ont fait l'objet d'une procédure de sanction conventionnelle et 23 d'un passage en commission de conciliation. Aucune sanction n'a été prononcée à l'issue de cette procédure. La deuxième campagne n'a été lancée qu'en 2021 et n'a ciblé²⁶⁴, par l'envoi de courriers, que 129 médecins.

Il conviendrait d'adopter des critères de ciblage plus ambitieux et de confier à la Cnam l'organisation de campagnes annuelles, sans que les objectifs et critères soient préalablement débattus en commission paritaire.

III - Le cadre conventionnel, des évolutions nécessaires

Principalement issu de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, le cadre juridique s'appliquant aux conventions peine aujourd'hui à s'adapter aux nouveaux modes d'exercice des professionnels de santé et aux enjeux de transformation du système de santé.

²⁶² Ces pratiques sont appréciées par les partenaires conventionnels à partir d'un ensemble de critères définis à l'article 85 de la convention.

²⁶³ Dont 46 % d'ophtalmologues.

²⁶⁴ Dont 15 % d'ophtalmologues et 22,5 % de gynécologues (médicaux et obstétriciens).

A - Un élargissement continu des sujets conventionnels

Les questions relatives à la nomenclature des actes et à la rémunération des différentes professions constituent le thème historique des négociations et restent très importantes, notamment symboliquement, pour les syndicats. Elles s'inscrivent aujourd'hui dans un champ de négociation sensiblement plus large.

Depuis 2015, les discussions conventionnelles ont essentiellement concerné l'amélioration de l'offre de soins, afin de garantir un égal accès à des soins de qualité, les modalités d'exercice des différentes professions, en particulier la télémedecine²⁶⁵ et la coordination, et la prévention²⁶⁶. Les conventions regroupent ainsi des dispositions très disparates, allant des principes d'organisation du système de santé jusqu'à la transmission des feuilles de soins électroniques.

Cet élargissement continu des thèmes conventionnels procède, en partie, d'une prise en compte croissante des priorités du ministère de la santé. Depuis la loi de modernisation de notre système de santé²⁶⁷, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent en effet adresser au directeur général de l'Uncam des lignes directrices préalablement aux négociations. Cette pratique s'est d'abord développée sur des négociations à fort enjeu et tend depuis 2020 à se généraliser.

Toutefois, certaines questions restent encore imparfaitement prises en compte par la négociation conventionnelle, comme le vieillissement de la population, la « transition épidémiologique²⁶⁸ » ou le partage d'actes et de compétences entre professions comme, par exemple, la vaccination. Enfin, la gestion du risque reste en dehors des conventions et du seul ressort de l'assurance maladie.

²⁶⁵ Au moins 11 avenants spécifiques, hors centres de santé.

²⁶⁶ Au moins 10 avenants, hors centres de santé.

²⁶⁷ Article L. 162-14-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé.

²⁶⁸ Ce concept désigne une transformation des causes de mortalité, passant de causes infectieuses à des causes majoritairement chroniques et dégénératives.

B - Une activité foisonnante, sans stratégie d'ensemble

L'élargissement des thèmes de négociation par rapport au champ historique des conventions n'a cependant pas été accompagné d'une adaptation des processus de négociation.

1 - Une négociation permanente par voie d'avenant

De 2015 à fin 2021, 60 textes conventionnels de toute nature ont été conclus entre l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux²⁶⁹ : trois conventions²⁷⁰, un accord-cadre interprofessionnel et deux accords conventionnels interprofessionnels, auxquels s'ajoutent 54 avenants conventionnels. Les partenaires conventionnels sont ainsi installés dans une négociation quasi-permanente, en particulier pour les médecins et les pharmaciens. Cela conduit, en pratique, à une suspension du suivi de l'exécution des conventions par les instances paritaires et, parfois, à un intérêt insuffisant porté à certaines professions.

Un rythme de négociation très variable selon les professions

La convention médicale fait figure d'exception, étant la seule à être renégociée tous les cinq ans. Les autres sont tacitement prolongées et modifiées par voie d'avenant, quelle que soit leur ancienneté. Certains avenants portent sur des thèmes précis comme, annuellement, la rémunération sur objectif de santé publique des pharmaciens ; d'autres procèdent à une refonte en profondeur des textes antérieurs, comme l'avenant n° 12 à la convention des orthoptistes, conclu le 19 avril 2017, ou l'avenant n° 4 à celle des sages-femmes du 29 mai 2018. Par ailleurs, les textes conventionnels comportent de plus en plus souvent des engagements prévoyant l'ouverture de nouvelles négociations dans un certain délai.

Le recours à des avenants s'explique en grande partie par les modalités de leur négociation qui sont moins contraignantes que celles applicables aux conventions elles-mêmes, dans la mesure où elles ne prévoient pas d'obligation de résultat. Les négociations de renouvellement d'une convention après dénonciation doivent, au contraire, aboutir au moins un mois avant son échéance, sous peine de recours à un règlement arbitral²⁷¹.

²⁶⁹ Dont certains sont en attente d'approbation ministérielle.

²⁷⁰ Celle des médecins, celle de chirurgiens-dentistes et l'accord national des centres de santé.

²⁷¹ Article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale.

Comme le soulignait déjà la Cour en 2014²⁷², la forte segmentation des négociations dans une succession quasi-ininterrompue peut faciliter une maturation des sujets entre les professions et un étalement dans le temps des coûts liés aux mesures conventionnelles nouvelles. Elle reste cependant très mobilisatrice pour la Cnam et les représentants syndicaux, et se traduit par un risque accru d'inflation des compensations ou des revalorisations accordées, tout en nuisant à une vision consolidée des enjeux conventionnels et de leur coût. Enfin, les textes conventionnels, essentiellement adoptés par voie d'avenant, forment un tout complexe et peu lisible que les professionnels de santé peinent à assimiler.

2 - Des débats délicats sur la détermination des partenaires aux discussions interprofessionnelles

Créée par la loi de 2004 relative à l'assurance maladie, l'Union nationale des professions de santé (UNPS) est composée de 46 représentants issus des douze professions de santé conventionnées. Elle est la seule organisation pluriprofessionnelle habilitée à négocier l'accord-cadre interprofessionnel (Acip) avec l'Uncam. Sa légitimité pour promouvoir les enjeux pluriprofessionnels et d'exercice coordonné peut être débattue.

En effet, l'Acip n'est applicable à une profession donnée que s'il est signé par au moins l'une des organisations syndicales représentatives de cette profession²⁷³. De plus, l'UNPS ne participe ni aux discussions sur les accords conventionnels interprofessionnels²⁷⁴ ni à celles sur les conventions professionnelles, que ce soit par des échanges préparatoires, en marge des négociations à proprement parler, ou avec un statut d'observateur.

²⁷² Op. cit. « *Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions de santé libérales* ».

²⁷³ Article L. 162-13-1 du code de la sécurité sociale.

²⁷⁴ II de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

Des organisations syndicales fragilisées

Les organisations syndicales représentatives de chacune des professions de santé ont le monopole de la négociation avec l'assurance maladie pour discuter les textes conventionnels, pour les signer et pour les dénoncer. Seules les organisations signataires participent au suivi de leur application dans les instances paritaires nationales et locales.

Confirmant la tendance à la baisse des adhésions aux syndicats, la participation aux élections des unions régionales des professionnels de santé (URPS), qui permet, pour les professions numériquement les plus importantes, de mesurer l'audience des syndicats, est en baisse. En 2021, le taux de participation était compris entre 19,8 % pour les infirmiers et 47 % pour les pharmaciens et s'élevait à 22,7 % pour les médecins. À l'exception des masseurs-kinésithérapeutes, ces taux sont en diminution par rapport aux précédentes élections de 2015.

De manière plus structurelle, la diminution de l'exercice libéral exclusif, particulièrement marquée dans certaines professions comme chez les médecins²⁷⁵, altère la représentativité des différentes organisations syndicales parties aux conventions.

La représentation des modes d'exercice libéral dans des structures pluriprofessionnelles pose ainsi la question du choix à faire entre une représentation de ces structures à travers celle, retenue jusqu'ici, des différentes catégories de professionnels libéraux, et une représentation de ces structures *es-qualité*.

La prise en compte des enjeux de ces nouveaux modes d'exercice reste, aujourd'hui, partielle et hétérogène. Les pouvoirs publics ont cherché à associer à la vie conventionnelle les fédérations de structures d'exercice coordonné : elles siègent, avec un avis consultatif, dans les instances paritaires de suivi des accords collectifs interprofessionnels relatifs aux CPTS et aux maisons de santé pluriprofessionnelles ; elles sont consultées en marge des négociations conventionnelles ; elles sont très largement associées au niveau territorial par les agences régionales de santé pour les réflexions sur la structuration des soins primaires et sur le développement de l'exercice coordonné. Elles bénéficient enfin d'un financement par le fonds de soutien aux actions conventionnelles. Il conviendrait *a minima* de leur accorder un statut d'observateur lors des négociations pluriprofessionnelles et interprofessionnelles et peut-être, de façon plus ambitieuse, d'en faire des partenaires conventionnels à part entière. Ceci devrait s'accompagner d'une structuration plus affirmée de ces associations et de leur soumission aux règles de représentativité.

²⁷⁵ L'exercice libéral exclusif a diminué de 11 % chez les médecins généralistes et de 6 % chez les autres médecins spécialistes depuis 2015.

L'absence des patients et des usagers

Les patients et les usagers du système de santé ne sont pas mentionnés dans le cadre légal du dispositif conventionnel. La participation de France Assos Santé, avec un statut d'observateur, n'est aujourd'hui prévue que pour le suivi de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement des CPTS. Ni le ministère de la santé, ni l'assurance maladie ne les sollicitent préalablement ou en marge des négociations conventionnelles. L'association des représentants des patients par le ministère de la santé à la détermination des grandes priorités des négociations serait pourtant légitime et utile.

C - Un ordonnancement conventionnel à simplifier

Le calendrier des négociations, le contenu de chacun des textes conventionnels et les montants financiers associés mettent en évidence la primauté accordée aux discussions avec chaque profession prise séparément dont, en particulier, les médecins. Sur la soixantaine de textes conventionnels négociés au cours de la période sous revue, seulement cinq relèvent des négociations pluriprofessionnelles ou interprofessionnelles.

1 - Un accord-cadre interprofessionnel au contenu modeste

Négocié avec l'UNPS, l'Acip²⁷⁶ fixe des dispositions communes à l'ensemble des professions et des secteurs conventionnés. Il peut déterminer des mesures pour garantir la qualité des soins et leur meilleure coordination, et pour promouvoir des actions de santé publique. Il ne peut, en revanche, déterminer aucune rémunération. La négociation du renouvellement de l'Acip, qui a abouti le 10 octobre 2018, est intervenue après la conclusion de la convention médicale en 2016, après celle de l'ACI relatif aux structures pluriprofessionnelles signé le 20 avril 2017, après l'avenant n° 11 à la convention pharmaceutique qui confirme la place du pharmacien comme professionnel de santé de premier recours, et postérieurement à la convention dentaire, conclue le 21 juin 2018, pour ne reprendre que les textes conventionnels les plus structurants.

Ce séquençage souligne le défaut d'articulation et de programmation entre les négociations pluriprofessionnelles (menées par l'UNPS), interprofessionnelles (ACI) et professionnelles (impliquant les organisations syndicales de chaque profession). Aucune des conventions professionnelles et de leurs avenants ne fait par ailleurs référence aux orientations fixées dans l'Acip, alors qu'il se présente comme un « *cadre structurant permettant d'impulser une dynamique dans chaque convention mono-catégorielle et dans les accords conventionnels interprofessionnels* »²⁷⁷.

²⁷⁶ Article L. 162-1-13 du code de la sécurité sociale.

²⁷⁷ Préambule de l'Acip, signé le 10 octobre 2018, paru au JO du 7 avril 2019.

2 - Un développement limité des accords conventionnels interprofessionnels

Seulement deux ACI sont en vigueur aujourd'hui : le premier, relatif aux structures d'exercice pluriprofessionnel de proximité, et le deuxième, en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des CPTS. Ce dernier a été signé le 20 juin 2019 par une quarantaine d'organisations syndicales représentatives puis complété par deux avenants. Les négociations de l'ACI et de son avenant n° 2 ont été ouvertes à la demande du Gouvernement. Elles ont fait l'objet d'une lettre ministérielle d'orientation très précise sur les objectifs recherchés et sur les modalités pour y parvenir, en laissant peu de marges aux partenaires conventionnels, y compris sur le calendrier.

Ces deux ACI fonctionnent comme des compléments aux conventions professionnelles, sans réussir à constituer le cadre commun des dispositions relatives à l'exercice coordonné et pluriprofessionnel. Ainsi, toutes les conventions professionnelles, à l'exception de celle des chirurgiens-dentistes, comportent des dispositions relatives à la coordination entre professionnels de santé et à la construction des parcours. Elles auraient dû être rassemblées dans un accord interprofessionnel afin de garantir leur homogénéité et celle des rémunérations associées.

Pour ce faire, les modalités de négociation des ACI, qui impliquent aujourd'hui plus de 70 personnes, devraient être simplifiées, en favorisant la structuration d'un dialogue entre les différentes professions concernées en amont des négociations avec l'assurance maladie, comme le font les organismes gestionnaires des centres de santé qui arrivent à identifier entre eux leurs points d'accord et d'opposition, et à adopter une position commune avant de négocier avec l'assurance maladie.

Enfin, les partenaires conventionnels ne se sont pas encore saisis de la possibilité de conclure des ACI intégrant les seules professions directement concernées. Ce type d'accord faciliterait la mise en œuvre des décisions des pouvoirs publics concernant le transfert de compétences, les partages d'actes et la construction de parcours de soins coordonnés. Il aurait pu être mobilisé pour soutenir la restructuration de la filière visuelle, ou devrait l'être pour organiser des partages de compétences entre les médecins et les sages-femmes. Depuis décembre 2021, des groupes de travail réunissant des médecins et des pharmaciens ont été constitués, à la demande des principales organisations syndicales, pour préparer certaines des évolutions de la convention pharmaceutique. Cette voie est prometteuse.

3 - Définir une stratégie pluriannuelle de négociation donnant la priorité au pluriprofessionnel

Afin de renforcer la cohérence d'ensemble des conventions, il conviendrait de définir une stratégie pluriannuelle de négociation qui fixerait, non seulement, les principaux thèmes mais aussi, leur inscription dans le temps, tout en conservant la souplesse de l'outil conventionnel. Cette stratégie gagnerait à être articulée avec les priorités des pouvoirs publics fixées par les lois relatives à la santé et à la sécurité sociale, et formalisées dans la stratégie nationale de santé. Son inscription dans une trajectoire financière pluriannuelle plus respectueuse des objectifs de maîtrise des dépenses en serait facilitée.

À cet effet, il serait logique d'inverser l'ordre des négociations en commençant par les négociations pluriprofessionnelles, à conduire sur un périmètre élargi. Un accord interprofessionnel concernant l'ensemble des professions comprendrait ainsi toutes les mesures communes figurant dans les conventions professionnelles, notamment celles relatives à la télétransmission et aux modalités de coordination des parcours. Il pourrait unifier les dispositions relatives à la vie conventionnelle et à la contribution de l'assurance maladie à la couverture des cotisations sociales des professionnels libéraux qui sont aujourd'hui prévues dans chaque convention. Il pourrait aussi fixer certaines rémunérations.

Il serait complété par des ACI à géométrie variable conclus avec certaines professions, pour clarifier leurs compétences partagées et structurer des prises en charge coordonnées. Les conventions professionnelles traiteraient, ensuite, des seules spécificités de chaque profession.

Une telle évolution implique un changement culturel pour les organisations syndicales représentatives comme pour l'assurance maladie, et une modification législative et réglementaire du code de la sécurité sociale, en particulier de l'article L. 162-14-1²⁷⁸. Cette modification serait par ailleurs l'occasion d'harmoniser et de simplifier le cadre légal applicable à chacune des conventions.

Cette évolution du cadre conventionnel devrait aussi faciliter le recueil préalable des besoins de parties prenantes, jusqu'ici peu consultées, comme les patients ou les acteurs territoriaux.

²⁷⁸ Cet article définit la durée et le contenu des conventions professionnelles et des ACI.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Il est désormais attendu des relations conventionnelles qu'elles contribuent à la mise en œuvre des politiques cherchant à faire évoluer le système de santé. Cependant, le cadre et les procédures de la négociation conventionnelle, qui n'ont pas fondamentalement évolué depuis près de 20 ans, ne semblent pas adaptés à cette ambition nouvelle. Une révision en profondeur apparaît donc nécessaire à travers la définition des thèmes des négociations, l'organisation de leur calendrier sur un rythme quinquennal et le renforcement de la cohérence d'ensemble du processus de négociation. Les enjeux pluriprofessionnels et interprofessionnels devraient, désormais, devenir la clé de voûte de la politique conventionnelle.

À cette approche, unifiée et renouvelée, doit correspondre une meilleure articulation des mesures conventionnelles avec la trajectoire pluriannuelle de l'Ondam et une information accrue du Parlement sur les résultats de cette démarche. Doivent être aussi améliorés le cadrage pluriannuel financier des mesures conventionnelles et leur suivi régulier, ainsi que la définition précise des attentes à l'égard des professionnels libéraux, contreparties des aides qui leur sont versées pour faciliter l'accès des patients aux soins.

Le rééquilibrage nécessaire entre un paiement à l'acte et des rémunérations forfaitisées doit contribuer à des relations plus coopératives entre professions, nécessaires au développement d'un exercice pluriprofessionnel coordonné au bénéfice du patient.

C'est pourquoi, la Cour formule les recommandations suivantes :

- 5. définir une stratégie pluriannuelle de négociations conventionnelles, conformément aux objectifs de coordination et de gradation des soins fixés par la stratégie nationale de santé, et ajuster à cet effet le cadre législatif et réglementaire (ministère chargé de la santé et des affaires sociales, Cnam) ;*
- 6. rénover l'architecture conventionnelle en supprimant l'accord-cadre interprofessionnel, en concluant des accords conventionnels interprofessionnels entre deux ou trois professions et en recentrant les conventions professionnelles sur les seules spécificités des professions (ministère chargé de la santé et des affaires sociales, Cnam) ;*
- 7. systématiser l'élaboration des lettres ministérielles d'orientation adressées au directeur général de l'Uncam, et renforcer les pouvoirs de régulation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale (ministère chargé de la santé et des affaires sociales) ;*

8. *rendre publics, à l'issue des négociations, les objectifs pluriannuels de dépenses par convention ; mettre en place un suivi régulier du coût détaillé et complet de chaque convention (ministère chargé de la santé et des affaires sociales, Cnam) ;*
 9. *accroître la part forfaitaire de la rémunération des médecins généralistes ; introduire une part forfaitaire dans la rémunération des autres professions, ou accroître son niveau (ministère chargé de la santé et des affaires sociales, Cnam).*
-

Deuxième partie

Des réformes nécessaires, des enjeux à mieux prendre en compte

Chapitre IV

L'imagerie médicale : des évolutions en cours, des réformes indispensables

PRÉSENTATION

L'imagerie médicale, selon l'Académie nationale de médecine, consiste en l'ensemble des techniques permettant d'obtenir une représentation, soit morphologique, soit fonctionnelle, d'une région anatomique ou d'un organe, dans un but de diagnostic médical ou de surveillance thérapeutique. Elle s'appuie sur une gamme étendue d'équipements faisant appel à plusieurs technologies : salles de radiologie conventionnelle, scanners, appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique (IRM), tomographes à émission de positons (TEP), échographes. Les dépenses d'assurance maladie liées à l'exercice de cette discipline ont représenté en 2021, au titre des soins de ville, 4,8 Md€. La part des dépenses hospitalières demeure inconnue, en raison du système de financement à l'activité qui, pour les séjours d'hospitalisation, repose sur des tarifs de groupes homogènes de séjour qui doivent couvrir l'ensemble des coûts engendrés par la prise en charge, sans que le détail relatif à l'imagerie soit isolé.

La Cour avait relevé en 2016²⁷⁹ plusieurs faiblesses affectant l'imagerie : un parc d'équipement en scanners et en IRM numériquement moins important, en moyenne, que dans les pays membres de l'OCDE et inégalement réparti sur le territoire ; d'importantes vacances de postes de médecins radiologues à l'hôpital, la profession étant majoritairement orientée vers l'activité libérale ; des dépenses d'assurance maladie élevées et en hausse.

Cette année, la Cour a examiné dans quelle mesure il a été remédié à ces difficultés à la lumière, notamment, d'un protocole de régulation conclu en 2018 entre l'assurance maladie et les représentants des radiologues et d'une réforme, en cours de définition du régime des autorisations, auquel une partie importante de l'imagerie médicale est soumise.

À l'issue de cette enquête, elle a constaté que l'offre d'imagerie médicale doit faire face aux besoins croissants des patients, auxquels elle pourrait avoir des difficultés à répondre malgré la réforme prévue du régime des autorisations (I). Les mesures visant à garantir l'efficience des dépenses sont restées insuffisantes, faute de maîtrise des volumes, alors que la régulation tarifaire est délicate à mettre en œuvre, ce qui appelle à un renforcement du cadre de régulation (II).

²⁷⁹ Cour des comptes, *L'imagerie médicale*, communication de la Cour à la commission des affaires sociales du Sénat, avril 2016.

I - Une activité en développement

A - Des évolutions multiples

1 - Un progrès technique intense

L'imagerie médicale est marquée par une vague de progrès technologiques dont il est attendu une amélioration du dépistage et du diagnostic, voire du traitement des maladies, en particulier des cancers, des accidents vasculaires cérébraux (AVC) ou des maladies neurodégénératives, ainsi que du suivi des maladies chroniques :

- l'hybridation, c'est-à-dire l'association dans un même équipement de technologies différentes (par exemple, association de la médecine nucléaire et de la résonance magnétique nucléaire) ;
- l'arrivée de techniques de pointe, coûteuses et qui renforcent l'interdisciplinarité nécessaire entre spécialistes médicaux : imagerie moléculaire ou cellulaire, progrès de l'imagerie par ultrasons ;
- le développement du numérique qui apporte de nouvelles possibilités de stockage ou de partage des données, voire, dans certains cas, de recours aux outils de l'intelligence artificielle pour les exploiter ;
- l'arrivée d'appareils de plus en plus puissants, notamment s'agissant de l'IRM, avec le déploiement actuel de machines utilisant un champ magnétique plus dense²⁸⁰, permettant d'obtenir des images plus précises, notamment pour étudier le comportement des neurones²⁸¹ ;
- la miniaturisation, en particulier des appareils d'échographie²⁸².

²⁸⁰ Le parc d'IRM, majoritairement composé d'appareils à 1,5 teslas, tend à monter en gamme pour faire une plus large part aux appareils à 3 teslas (le tesla est l'unité de mesure de densité du champ magnétique utilisé par l'IRM).

²⁸¹ Un autre facteur d'évolution, spécifique à la médecine nucléaire, a trait au développement de nouveaux radiotraceurs, destinés à devenir des médicaments radiopharmaceutiques et qui permettront un meilleur diagnostic, voire dans certains cas de traiter certaines maladies.

²⁸² Ce qui contribue à ce qu'une part très importante de ces examens soit effectuée par des médecins non radiologues.

La question de la pertinence d'un examen de dépistage du cancer du poumon par scanner

Le cancer du poumon est la première cause de décès par cancer en France avec 33 000 décès chaque année. Une étude conduite aux États-Unis en 2018²⁸³ a mis en évidence l'intérêt d'un dépistage régulier de cette maladie pour réduire la mortalité induite chez les fumeurs et les anciens fumeurs au moyen d'un scanner thoracique faiblement dosé (0,6 à 2,3 millisieverts, quand, en France, l'irradiation naturelle est en moyenne de 2,4 millisieverts). Plusieurs syndicats de médecins (Fédération nationale des médecins radiologues, syndicat national de l'appareil respiratoire et Syndicat national des radiothérapeutes oncologues) ont appelé l'intégration d'un examen de ce type dans le cadre des campagnes de dépistage organisé.

Selon l'Académie nationale de médecine, l'effet de ce dépistage pourrait améliorer le taux de survie net (qui n'était en 2010 que de 16 % à 5 ans et de 9 % à 10 ans chez l'homme et, respectivement, de 20 % et 13 % chez la femme) et concerner un grand nombre de personnes (avec 46 000 nouveaux cas par an, le cancer des poumons occupe le 3^{ème} rang dans l'incidence des cancers, après les cancers du sein chez les femmes et ceux de la prostate chez les hommes).

Doit cependant être démontré que les effets bénéfiques²⁸⁴ de l'amélioration du dépistage précoce de ces cancers l'emportent sur les risques liés à un surcroît d'exposition aux rayons ionisants. Sous cet angle, la HAS et l'Académie de médecine s'étaient, en 2016, montrées défavorables à l'organisation d'un tel dépistage au vu des données disponibles. Dans un avis rendu le 1^{er} février 2022, la HAS a reconsidéré la question au vu des nouvelles données disponibles et préconise désormais que l'Institut national du cancer (Inca) engage un programme pilote et soutienne la mise en place d'études complémentaires.

2 - Un nombre limité d'examens innovants pris en charge

Alors que l'innovation technique est foisonnante et rapide, seule une trentaine de nouvelles prestations ont été inscrites sur la liste des actes remboursables par l'assurance maladie depuis 2015, celles-ci étant de surcroît très ciblées. Aucune de ces nouvelles inscriptions ne concerne des techniques s'appuyant sur l'intelligence artificielle. Selon la HAS, la raison principale

²⁸³ Enquête dite NLST.

²⁸⁴ Sachant néanmoins que les améliorations qui peuvent en découler sur le plan de la prise en charge précoce des patients sont en partie contrebalancées par des risques de surdiagnostic (diagnostic de lésions cancéreuses indolentes ou qui ne seraient jamais devenues symptomatiques) et de détection de faux-positifs pouvant générer une anxiété, des examens complémentaires, des traitements et des risques accrus de complication.

provient de la qualité insuffisante des données fournies par les promoteurs de ces nouvelles techniques à l'appui de leur demande. Les actes innovants d'imagerie peinent ainsi à entrer dans le champ de ceux pris en charge par l'assurance maladie²⁸⁵. La situation pourrait toutefois évoluer avec le dispositif dérogatoire mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020 portant procédure d'inscription provisoire d'actes innovants²⁸⁶, sous réserve que les promoteurs parviennent à mieux documenter leurs évaluations.

La révision générale de la classification des actes médicaux pourrait également y aider, mais, au regard du nombre d'actes concernés (13 000 actes), le calendrier de son achèvement demeure incertain et, en tout état de cause, difficilement compatible avec l'objectif fixé de la fin de l'année 2024. Le ministère de la santé et la Cnam pourraient donc avoir à définir les actes à traiter en priorité dans la refonte de la classification.

3 - Un parc moderne utilisé avec plus d'intensité qu'à l'étranger

Les nouveaux usages de l'imagerie se traduisent par un besoin croissant en équipements. Cette évolution, déjà constatée par la Cour en 2016, est particulièrement forte s'agissant du nombre d'appareils d'imagerie ou d'IRM²⁸⁷ qui a augmenté de 32 % de 2015 à 2020, et qui devrait poursuivre encore sa progression (+ 55 % prévus d'ici 2023 par rapport à 2015, au terme des plans régionaux de santé). Les mêmes tendances, passées et futures, sont aussi à l'œuvre, de manière très marquée pour les tomographes à émission de

²⁸⁵ Dans ces conditions, un décalage temporel peut se produire entre la pratique clinique en matière d'imagerie interventionnelle et le moment où l'acte est évalué par la HAS, avec le risque de dérives dans le codage des actes réalisés. Le Conseil national professionnel de radiologie et d'imagerie médicale cite, à cet égard, mais sans pouvoir le chiffrer, l'utilisation de la radiofréquence (courant électrique produisant de la chaleur et venant détruire les cellules cancéreuses) dans le traitement de lésions pulmonaires, alors que cette pratique ne dispose d'un code et donc d'un tarif que pour le traitement du cancer du foie et des reins.

²⁸⁶ Appréciés par la HAS au regard du degré de nouveauté de l'acte, de sa diffusion en phase précoce et d'une amélioration du service attendu majeure, importante ou modérée.

²⁸⁷ Le scanner utilise la technique d'émission des rayons X et permet de disposer d'images tridimensionnelles obtenues par superposition des coupes, qui permettent d'explorer des volumes. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) utilise un champ magnétique délivré par un aimant de grande puissance et fait ainsi réagir les protons de l'hydrogène. Ces derniers ont la particularité d'émettre des ondes radio lorsqu'ils sont exposés à un champ magnétique, ce qui les rend détectables. Les ondes sont émises sur une fréquence qui diffère selon leur position, ce qui permet leur localisation. L'IRM traite ainsi les informations reçues pour construire une image en trois dimensions. La tomographie par émission de positons (TEP) consiste, quant à elle, à administrer au patient un médicament radiopharmaceutique (MRP) dont la diffusion dans l'organisme peut être suivie à l'aide d'un équipement qui capte le rayonnement émis.

positons (+ 39 % en 2020 et + 54 % d'ici 2023 par rapport à 2015) et, dans une moindre mesure, pour les scanographes à utilisation médicale ou scanners (+ 18 % en 2020 et + 30 % d'ici 2023 par rapport à 2015). L'augmentation du nombre d'appareils est observée, tant dans les secteurs public et privé non lucratif que dans le secteur privé commercial. Ce dernier concentre 64 % du parc d'IRM, 49 % des scanners et 42 % des TEP²⁸⁸.

Ce mouvement de hausse du nombre d'équipements radiologiques n'est pas propre à la France. Les autres pays de l'OCDE connaissent des évolutions similaires.

Cependant, la situation française se distingue sensiblement de celle de ses voisins : la densité d'équipements y est moindre pour les IRM (17 IRM par million d'habitants contre une moyenne de 27) mais cette situation est compensée par une utilisation plus intensive (2^{ème} en nombre d'examen par habitant après l'Allemagne) et par un taux de renouvellement des machines plus important. Selon les données du comité européen de coordination des industries radiologiques, électromédicales et des technologies de santé (Cocir), le parc français est globalement plus récent que celui des autres pays européens. S'agissant des scanners, le parc français est le seul à respecter les recommandations du Cocir. Pour les IRM tout comme pour les TEP, le parc français se classe très favorablement. La France ne se situe en deçà de ce qui est préconisé par le Cocir que pour les appareils à rayons X.

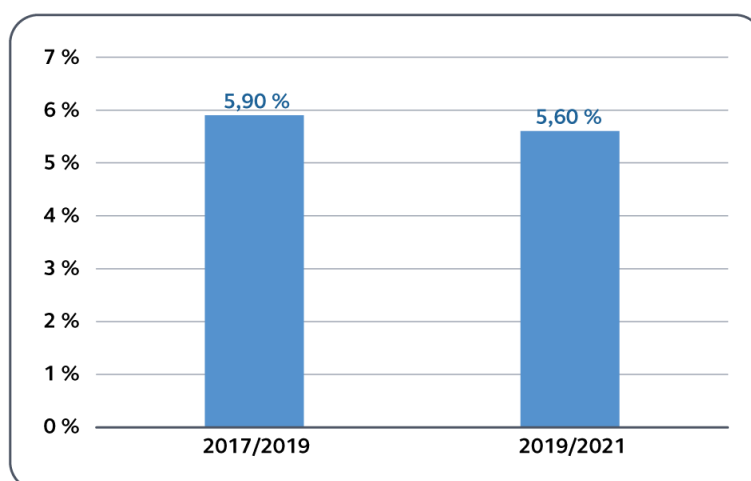
4 - Des dépenses en augmentation rapide

En relation directe avec la croissance du parc d'appareils, les dépenses d'imagerie médicale en ville augmentent.

Elles ont ainsi connu une augmentation cumulée de 5,9 % de 2017 à 2019²⁸⁹, avant de connaître une contraction en 2020 (- 5,8 %) dans le contexte de la crise de la covid 19. Ces dépenses ont ensuite rebondi en 2021 (+ 11,7 %) pour atteindre près de 4,8 Md€. En définitive, l'évolution des dépenses d'imagerie entre 2019 et 2021 (+ 5,6 %) a été comparable à celle qui avait été constatée de 2017 à 2019 (+ 5,9 %).

²⁸⁸ Par souci de simplification, ont été inclus dans le secteur public, outre les établissements de santé privés non lucratifs, les groupements de coopération sanitaire (GCS) de droit public. Dans le secteur privé, figurent les cliniques privées ainsi que toutes les formes de coopération des médecins libéraux autres que les GCS de droit public.

²⁸⁹ Soit un taux de croissance annuel moyen de 2,9 %, supérieur à ce qui a prévalu pour l'ensemble des soins de ville (2,4 %).

**Graphique n° 10 : évolution des dépenses d'imagerie médicale
en ville**

Source : Cnam

Les échographies constituent le premier poste de dépenses (1,4 Md€²⁹⁰ en 2021, comme en 2020) mais, comme durant la période examinée par la Cour dans sa communication de 2016, ce sont les actes d'imagerie lourde (IRM²⁹¹, médecine nucléaire²⁹² et scannographie) qui ont le plus contribué à la croissance de la dépense jusqu'en 2019, principalement sous l'effet, d'après la Cnam, de l'augmentation du nombre d'appareils. Cette tendance a continué à se faire sentir entre 2019 et 2021.

À l'hôpital, seules sont disponibles des données de comptabilité analytique issues de l'étude nationale des coûts : sur l'échantillon concerné d'une cinquantaine d'établissements et pour la période 2015-2018, l'imagerie médicale a représenté en moyenne 2 % du coût des séjours d'hospitalisation.

²⁹⁰ Alors que les dépenses d'échographies liées au suivi des grossesses sont en diminution depuis 2017, la progression la plus significative concerne les échographies cardiaques et ostéoarticulaires.

²⁹¹ En particulier pour les examens effectués sur l'appareil digestif ainsi que sur les membres inférieurs.

²⁹² En particulier les tomographies par émission de positons (+ 29,6 % de dépenses entre 2017 et 2019, soit 184,8 M€ en 2019, puis 207,3 M€ en 2020) qui sont utilisées principalement en oncologie.

Des dépenses d'origine et de nature multiples

Les dépenses d'imagerie correspondent à des actes accomplis par des radiologues mais aussi par des médecins non radiologues, qu'il s'agisse des échographies réalisées à des fins diagnostiques ou des actes interventionnels tels que les angioplasties²⁹³, certains d'entre eux pouvant être réalisés, soit par des radiologues, soit par des cliniciens²⁹⁴.

Ces dépenses sont par ailleurs constituées non seulement de la rémunération des actes techniques mais, également, de la prise en charge, sous forme de forfaits techniques, des frais d'amortissement et de maintenance que les appareils d'imagerie lourde occasionnent aux praticiens. Ces forfaits sont prévus dans la convention médicale conclue entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins. Ils constituent le principal volet de dépenses en matière d'IRM (plus de 70 % des dépenses en 2020, soit 1,3 Md€) et de scannographie (près des deux tiers des dépenses)²⁹⁵.

B - Un développement sous contrainte

1 - Un manque de professionnels et de coopération public-privé

Sur la période 2015-2021, la démographie des professionnels spécialisés dans l'imagerie est restée orientée à la hausse (+ 5 % pour les radiologues et + 16 % pour les médecins nucléaires), mais un ralentissement devrait intervenir dans les prochaines années du fait du vieillissement de la population des médecins radiologues. L'augmentation du nombre de postes offerts aux internes, prévue par la réforme du *numerus clausus*²⁹⁶, permettra une nouvelle progression de l'effectif à compter de l'horizon 2030.

²⁹³ L'angioplastie est un procédé thérapeutique, chirurgical ou non, ayant pour but de rétablir la circulation sanguine dans une ou plusieurs artères coronaires obstruées.

²⁹⁴ La radiologie interventionnelle permet, par exemple, de détruire des nodules tumoraux visibles en échographie sans introduction d'aiguille grâce à la focalisation du faisceau ultrasonore sur la lésion, qu'il détruit, plutôt que de devoir recourir à la chirurgie.

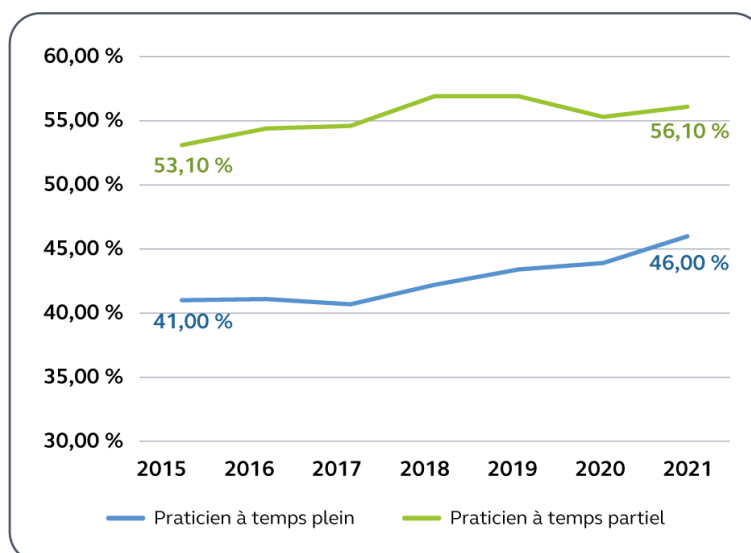
²⁹⁵ Il en va différemment pour la médecine nucléaire, pour laquelle les forfaits techniques représentent un peu moins de 40 % de la dépense, en raison du fait que seule une partie des examens (ceux effectués au moyen des TEP, à l'exclusion de ceux effectués par gamma-caméras) est concernée.

²⁹⁶ Selon les représentants des radiologues, les capacités de formation resteraient néanmoins sous-utilisées puisqu'elles permettraient d'accueillir 350 internes, au lieu de 250 actuellement en formation.

En ligne avec les constats de la Cour en 2016, les tensions se confirment à l'hôpital public. Seuls 22 % des radiologues exercent dans le public²⁹⁷ contre 41 %²⁹⁸, en moyenne, pour l'ensemble des spécialistes médicaux. Leur répartition est très variable d'un département à l'autre.

Les taux de vacance²⁹⁹ de radiologues hospitaliers sont en augmentation depuis 2015. Les hôpitaux recourent à l'intérim médical ainsi qu'à l'intervention à distance de radiologues par la téléradiologie, pratique en fort développement³⁰⁰ mais insuffisamment régulée³⁰¹.

Graphique n° 11 : évolution des taux de vacances des radiologues à l'hôpital public



Source : Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG)

²⁹⁷ Hors activité mixte. Ce pourcentage tient également compte des radiologues salariés dans les établissements privés.

²⁹⁸ Ce taux est aussi inférieur à celui des médecins nucléaires (36 %).

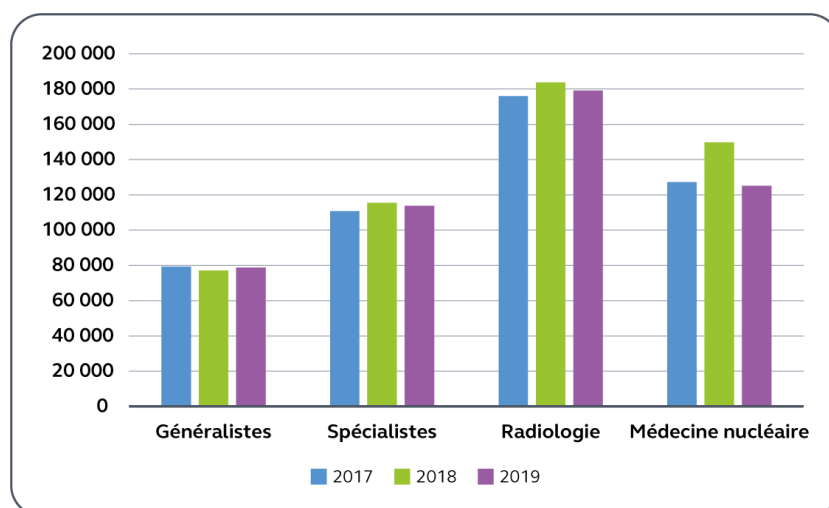
²⁹⁹ Le taux de vacance est la différence entre le nombre de postes budgétés et le nombre de praticiens les occupant effectivement.

³⁰⁰ Les dépenses pour prestations externalisées d'imagerie médicale ont augmenté de près de 35 % de 2015 (107,7 M€) à 2019 (144,8 M€). Seule l'année 2020 (140,4 M€) est marquée par une légère baisse, difficile à interpréter en raison de la crise sanitaire.

³⁰¹ La téléradiologie ne fait pas l'objet d'un encadrement spécifique en dehors d'une charte, élaborée par le conseil national professionnel de la radiologie française et de recommandations de bonnes pratiques émises par la HAS (télédiagnostic en imagerie).

Parmi les facteurs explicatifs de la désaffection pour l'exercice hospitalier qui touche aussi la profession des manipulateurs en électroradiologie médicale (MEM)³⁰², figure, comme pour d'autres spécialités, l'obligation de permanence des soins (gardes et astreintes), à laquelle les radiologues libéraux ne sont pas soumis, ainsi qu'une charge de travail supérieure liée à la prise en charge de pathologies plus lourdes (polytraumatologie, polypathologie...). À ces éléments, s'ajoute le niveau des revenus qui varie presque du simple au double³⁰³ entre les praticiens du secteur public et les radiologues libéraux, nettement mieux rémunérés que la moyenne des spécialistes.

Graphique n° 12 : évolution de la médiane³⁰⁴ des revenus non-salariés déclarés par les médecins libéraux (en euros)



Source : Caisse autonome de retraite des médecins de France (Carmf)

³⁰² Cette profession participe, sous la supervision des radiologues, à la réalisation des examens nécessaires à l'établissement d'un diagnostic mettant en œuvre des rayonnements ionisants ou d'autres agents physiques.

³⁰³ 97 000 € brut dans le public en 2016 (dernière donnée disponible du centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière) contre 180 000 € de revenu brut médian en libéral en 2019 (données de la caisse autonome de retraite des médecins de France).

³⁰⁴ Médiane des revenus de 61 400 généralistes, de 54 189 spécialistes, de 6 063 radiologues et de 427 médecins nucléaires (2019).

Cet écart entre radiologues libéraux et hospitaliers pourrait se creuser et les tensions sur les ressources humaines dans le public s'amplifier. La part des professionnels libéraux de l'imagerie relevant du secteur 2, ou titulaires d'un droit à dépassement, ne cesse d'augmenter. Elle était de 25 % en 2020, contre 16 % en 2015³⁰⁵.

Compte tenu des ressources humaines en nombre insuffisant en leur sein, les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ne pourraient apporter que des réponses partielles à travers la mutualisation des équipements entre établissements membres. Le secteur public doit donc rechercher une coopération avec le secteur libéral, afin de répondre de manière adéquate aux besoins de la population.

La législation a prévu, en 2011, la possibilité de plateaux d'imagerie médicale mutualisés entre hôpitaux et cliniques (Pimm) mais le bilan est décevant : seuls trois plateaux ont été constitués et cinq sont en projet selon une enquête du ministère dans une dizaine de régions³⁰⁶.

2 - Des disparités régionales, des indicateurs insuffisants

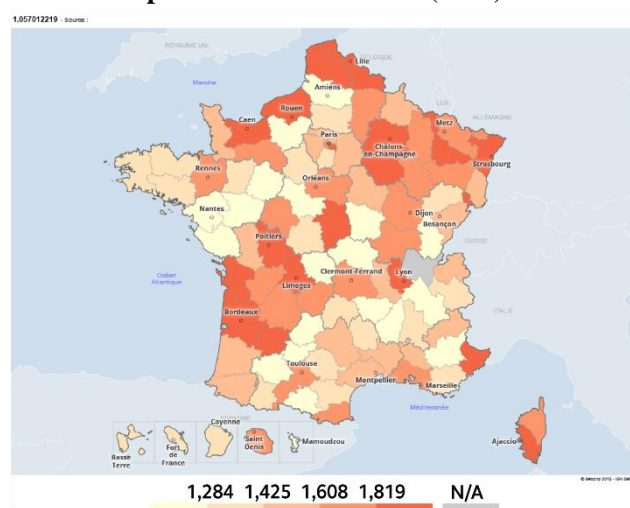
Les disparités territoriales demeurent préoccupantes. Elles touchent tout particulièrement les scanners dont la densité varie du simple au triple entre départements³⁰⁷, et plus encore les IRM (ratios du simple au quadruple).

³⁰⁵ À l'inverse, à l'hôpital, le taux de dépassement des praticiens hospitaliers au titre de l'activité libérale se révèle limité et en réduction : pour les professionnels en radiodiagnostic et imagerie médicale, il s'est réduit de 1,2 % en 2015 à 0,7 % en 2020 pour les praticiens temps plein, et de 2,8 % à 1,5 % pour les praticiens à temps partiel.

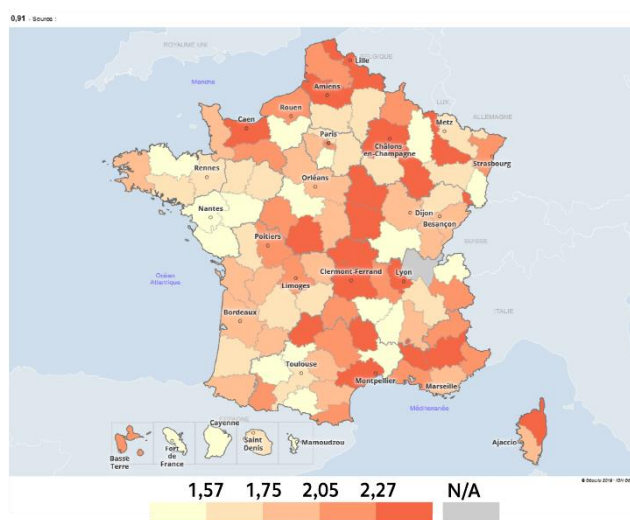
³⁰⁶ Une caractéristique importante des Pimm est de pouvoir déroger aux conditions de rémunération des praticiens y exerçant (article L. 6122-15 du code de la santé publique). Or, certains projets, ne regroupant que des établissements publics, sont justifiés par cette possibilité plutôt que par l'objectif de la mesure qui est de faire collaborer hôpitaux et professionnels de santé libéraux.

³⁰⁷ Avec un groupe plutôt défavorisé (Lot, Ariège, Vendée, Creuse, Haute-Loire), où la densité est inférieure à 1 pour 100 000 habitants, la Loire-Atlantique étant proche avec 1,17, et un groupe très favorisé (Cher, Seine-Maritime, Rhône, Marne, Vienne, Meurthe-et-Moselle et Territoire de Belfort), bénéficiant d'une densité supérieure à 2 équipements pour 100 000 habitants, qui atteint 3,87 à Paris. Cet écart, constaté pour les IRM, est moins prononcé pour les scanners, seul l'Ain étant inférieur à 1 (0,91), 41 départements étant supérieurs à 2 et deux, Haute-Corse et Paris, supérieurs à 3 (respectivement 3,22 et 3,57) ; 11 régions, incluant le département de Mayotte, sont en-deçà de la moyenne, 7 au-delà. Le niveau départemental n'est toutefois pas toujours le plus adapté selon la configuration des territoires : en petite couronne parisienne en particulier, la mobilité interdépartementale rend ce cadre géographique moins pertinent.

Carte n° 1 : densité en IRM et en scanner en nombre pour 100 000 habitants (2021)



IRM³⁰⁸



Scanner³⁰⁹

Source : Cour des comptes à partir des données de la DGOS (Arghos) et de l'Insee (population)

³⁰⁸ Paris dispose de 7,4 % des IRM, l'Île-de-France de 21,7 %, le reste de la France métropolitaine de 75,7 % et l'outre-mer de 2,7 %.

³⁰⁹ Paris dispose de 5,9 % des scanners, l'Île-de-France de 19,8 %, le reste de la France métropolitaine de 77,8 % et l'outre-mer de 2,5 %.

Or, les ARS ne disposent pas d'un indicateur précis, défini au niveau national, mesurant les délais d'attente pour accéder aux équipements. Selon les informations fournies par les représentants des industriels, qui sont à ce jour les seules données disponibles, il faudrait en moyenne 32 jours pour accéder à un examen d'IRM, soit 12 jours de plus que le délai maximal prévu par le plan cancer 2014-2019 pour permettre de détecter les cancers le plus tôt possible. Ce délai moyen fluctue, par ailleurs, entre 19,5 jours (Île-de-France) et 70,3 jours (Pays de la Loire), la majorité des régions étant proches de la moyenne nationale.

Alors qu'un des objectifs poursuivis par la réforme envisagée du droit des autorisations (cf. *infra*) est d'accorder aux ARS plus de latitude pour organiser l'offre d'imagerie, il est problématique qu'elles ne disposent pas d'informations précises relatives aux taux d'utilisation des machines et aux volumes d'actes par site.

3 - Une réforme du droit des autorisations aux effets à maîtriser

Afin de réduire les contraintes pesant sur le développement du recours à l'imagerie médicale, le ministère chargé de la santé a décidé de réformer le droit des autorisations encadrant les activités de soins et les équipements et matériels lourds. Il a entendu soumettre l'imagerie médicale à des conditions spécifiques de fonctionnement définies par voie réglementaire³¹², tout en accordant plus de souplesse aux ARS en matière d'organisation de l'offre de soins³¹³.

De manière à mieux répartir la charge au sein des territoires entre hôpitaux et professionnels libéraux, le nouvel encadrement impose la participation du titulaire de l'autorisation à la permanence des soins, mais uniquement lorsqu'il détient plus de trois équipements sur site. Pour couvrir l'ensemble des intervenants et non les seuls détenteurs d'autorisation, une telle obligation, qui ne relève pas du cadre juridique du régime des autorisations, nécessiterait un vecteur législatif spécifique.

³¹² En l'état actuel de la réglementation, les autorisations d'équipement lourd ne sont en effet pas soumises aux règles dites des « conditions techniques de fonctionnement » (qui définissent notamment des normes en termes de personnel, de qualité des soins délivrés, de coopération avec d'autres structures, etc.), à la différence de ce qui prévaut pour les activités de soins.

³¹³ Sous certaines limites, l'obtention d'une nouvelle autorisation ne serait ainsi pas nécessaire, si l'exploitant désirait mettre en place un scanner ou un IRM supplémentaire.

Par ailleurs, compte tenu de l'insuffisance des indicateurs dont disposent les ARS, la réforme portée par le ministère chargé de la santé pourrait conduire, à rebours de l'objectif poursuivi, à fragiliser un peu plus le secteur hospitalier et à accentuer les disparités territoriales, le secteur libéral, mieux pourvu en ressources humaines, étant plus en situation de solliciter de nouvelles installations d'imagerie médicale.

La question de la mise en place d'un conventionnement sélectif des spécialistes en imagerie pourrait se poser, pour prévenir une accentuation des déséquilibres territoriaux³¹⁵.

II - Des mesures insuffisantes pour garantir l'efficacité des dépenses

A - Une relance nécessaire des actions de maîtrise des volumes d'actes d'imagerie

Sur la période 2017-2019³¹⁶, à l'instar de ce qui avait déjà été relevé pour la période antérieure, c'est le volume du nombre d'actes d'imagerie qui a contribué de la manière la plus déterminante à la croissance des dépenses : le nombre total d'examen a ainsi augmenté de 3,4 % sur cette période, les progressions les plus marquées concernant l'imagerie lourde (+ 12,9 % pour les IRM notamment). En revanche, en considérant la période 2019-2021, le nombre total d'actes n'a augmenté que de 0,7 %, la diminution de 4,8 % des actes de radiologie atténuant l'augmentation des actes de scannographie et de scintigraphie. Au cours de ces deux dernières années, la progression globale de la dépense est donc principalement due à l'imagerie lourde.

L'enjeu d'une plus grande pertinence des examens d'imagerie, déjà signalé par la Cour en 2016, demeure déterminant, en particulier pour l'imagerie lourde, mais risque de ne pas suffire à une meilleure maîtrise des dépenses.

³¹⁵ Cf. Cour des comptes, *L'avenir de l'assurance maladie, rapport public thématique, novembre 2017*.

³¹⁶ En 2020, sous l'effet de la crise sanitaire, les volumes se sont contractés (- 10,3 %), ce mouvement ayant été particulièrement net pour la radiologie conventionnelle (- 14,4 %).

1 - Des actions entreprises avant la crise sanitaire

Un plan national de gestion des risques et d'efficience du système de soins (PNGdress)³¹⁷, adopté pour les années 2018 et 2019, mentionne un ensemble nourri d'actions à conduire en matière d'imagerie médicale : réévaluation périodique des recommandations de bon usage, développement des outils de suivi de données en vie réelle, sensibilisation du médecin demandeur d'acte d'imagerie à l'importance de détailler les éléments cliniques motivant la prescription, développement des outils d'aide à la prescription, etc.

Des actions de gestion du risque ont été mises en œuvre au sujet de la place de l'imagerie conventionnelle dans la lombalgie commune, ainsi que les indications des radiographies du crâne, du thorax et de l'abdomen. Par ailleurs, la politique de gestion du risque tient compte des suggestions de la Fédération nationale des médecins radiologues³¹⁸ relatives à la pertinence médicale de l'utilisation des produits de contraste et aux mesures nécessaires à la réduction des doses de ces produits.

La pertinence des actes d'imagerie à l'hôpital

Le ministère de la santé (direction générale de l'offre de soins) s'est engagé, en 2016, s'agissant du champ hospitalier, dans un projet de dématérialisation des demandes d'examen et de suivi de leurs résultats, en relation avec le Collège de médecine générale, le Conseil national professionnel de la radiologie française (G4), la Fédération des spécialités médicales et la Haute autorité de santé. Des expérimentations, concernant également les professionnels de santé de ville, ont été menées avec des ARS (Occitanie, Île-de-France et Grand Est) qui ont conclu à une précision insuffisante des demandes d'examen d'imagerie et à la nécessité d'améliorer la connaissance et l'utilisation du guide de bon usage des examens d'imagerie et des différentes recommandations professionnelles. Depuis ces conclusions, à part la mise à jour du guide (devenu « *Aderim radiologie* »), aucune avancée n'a été constatée, l'administration annonçant se concentrer sur la transmission des comptes-rendus d'examen d'imagerie et des images associées dans le cadre du programme numérique du « Ségur de la santé ».

³¹⁷ Prévus par l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale et arrêté conjointement par l'État et l'Uncam, ce document définit, pour deux ans, les objectifs pluriannuels de gestion du risque et les objectifs relatifs à l'efficience du système de soins.

³¹⁸ Émises sur la base d'études internationales et en accord avec la Société française de radiologie.

2 - Des actions à relancer

Le bilan du PNGdress, dressé par la Cnam en 2019, ne porte que sur une partie des objectifs affichés puisqu'il ne concerne, pour l'essentiel, que les résultats des campagnes visant à réduire le recours aux examens d'imagerie médicale en cas de lombalgie commune.

À partir de 2020, les préoccupations de gestion du risque ont, par ailleurs, laissé place à celles de la gestion de l'épidémie de covid 19. Au moment de l'enquête de la Cour, les décisions restaient à prendre sur les objectifs à fixer au titre des prochaines échéances structurantes pour les années à venir : nouvelle convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Cnam et négociation du texte conventionnel entre l'Uncam et les syndicats de médecins libéraux.

À ce stade, la Cnam n'a pas prévu d'action de gestion du risque pour 2022. Il serait pourtant souhaitable que l'année en cours soit mise à profit pour définir des référentiels, de concert avec la HAS ou les sociétés savantes, de manière à pouvoir relancer par la suite de nouvelles actions de gestion du risque au plus vite.

Seraient aussi opportunes des mesures pour remédier à une difficulté structurelle relevée par l'Académie nationale de médecine³¹⁹, qui pénalise l'efficacité des actes d'imagerie : une part très minoritaire seulement des demandes d'examen adressées aux radiologues sont correctement formulées avec l'indication, notamment, du contexte et du motif de l'examen. La perspective du déploiement de la prescription électronique pour y remédier demeure lointaine car elle n'inclut pas, en l'état actuel des choses, les demandes d'actes d'imagerie³²⁰.

B - Une régulation tarifaire peu pratiquée

La rémunération des praticiens libéraux effectuant des examens d'imagerie comporte deux composantes : l'une relative à la rémunération des actes techniques et l'autre, à celle des forfaits techniques. Chacune d'entre elle est susceptible de faire l'objet d'une régulation tarifaire qui se révèle néanmoins délicate à mettre en œuvre.

³¹⁹ Académie nationale de médecine, *Relations entre clinique et imagerie – état de la situation actuelle et propositions d'amélioration*, rapport adopté le 9 mars 2021

³²⁰ Cour des comptes, « *La télésanté, des outils à mettre au service de la coordination des soins* », in *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2021.

1 - Une capacité limitée de modification des tarifs des actes

Le niveau de rémunération d'un médecin au titre d'un acte donné est tributaire de son inscription dans la nomenclature des actes médicaux³²¹ et de sa hiérarchisation³²². Il dépend aussi de la valorisation de l'acte fixée par la négociation conventionnelle. Une modification des tarifs des actes n'est donc possible que dans le cadre d'un avenant à la convention médicale entre l'Uncam et les syndicats de médecins, dont les délais de conclusion sont généralement incompatibles avec les besoins d'une régulation infra-annuelle des dépenses.

Dans ce contexte, l'Uncam a recherché un levier de régulation tarifaire unilatérale à travers un dispositif technique préexistant, dénommé modificateur « Z », qui consiste en une majoration du tarif de l'acte d'imagerie. Il était originellement motivé, il y a un demi-siècle, par les surcoûts occasionnés par l'acquisition des matériels diffusant des rayonnements ionisants, problématique aujourd'hui prise en compte par les forfaits techniques. En 2017, l'Uncam lui avait substitué un autre modificateur (le modificateur « Y »), moins favorable aux praticiens. Dans le cadre de la négociation sur le protocole de régulation conclu en 2018 (cf. *infra*), le modificateur Z a néanmoins été réintroduit à compter du 1^{er} janvier 2020, mais avec un taux de majoration moins important qu'auparavant (15,9 %, au lieu de 21,8).

2 - Des forfaits techniques dépendant de la connaissance des coûts

Selon la convention entre l'Uncam et les médecins³²³, les forfaits techniques versés en sus de la rémunération des actes techniques, pour les examens d'imagerie lourde, sont destinés à couvrir les frais d'amortissement

³²¹ Les actes d'imagerie pris en charge par l'assurance maladie sont ainsi répertoriés au sein de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

³²² Intervenant au moment de l'inscription d'un nouvel examen dans la CCAM, la hiérarchisation consiste à déterminer le niveau relatif de travail médical d'un acte par rapport aux autres. Dans la procédure organisée par l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale, le Haut conseil des nomenclatures (HCN), sur saisine de l'Uncam et après avis de la HAS, doit, en application d'une méthode préalablement validée par la commission de hiérarchisation des actes professionnels (Chap), établir un rapport relatif à la description et à la hiérarchisation de l'acte, en tenant compte des enjeux de pertinence médicale. C'est à la suite de cette procédure qu'intervient la décision d'inscription, par l'Uncam, de l'acte en question sur la liste des prestations remboursables (la CCAM s'agissant des actes d'imagerie médicale).

³²³ Annexe 1, relative aux conditions tarifaires.

et de fonctionnement des appareils (locaux, équipement principal et annexe, maintenance, personnel non médical, consommables hors produit de contraste, frais liés à l'archivage numérique des images, frais de gestion, assurance, cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises, etc.).

Pour approcher au mieux ces coûts, l'article 99 de la LFSS pour 2017 a institué, au profit de l'Uncam, une procédure de révision des forfaits techniques qui inclut la possibilité, si nécessaire, de les fixer de manière unilatérale³²⁴ : la législation confie à l'Uncam le soin d'étudier l'évolution des charges puis d'ajuster le montant des forfaits techniques, après avis d'une commission des équipements lourds d'imagerie médicale (Cemlim)³²⁵. Cependant, l'Uncam n'a pas accès aux données comptables des exploitants d'appareils, ce qui l'empêche de connaître le niveau réel des coûts en question.

Dans ces conditions, l'Uncam est amenée à s'appuyer sur des modèles de comptes d'exploitation et des indices nationaux (coût de la construction, taux d'intérêt d'un emprunt bancaire pour une entreprise, prix à la consommation, etc.) qui présentent le risque d'être affectés de nombreux biais et d'être critiqués par les membres de la Cemlim, comme cela l'a déjà été.

Pour permettre l'obtention de données exploitables et pouvoir ainsi mieux appréhender les coûts, une solution pourrait consister à instituer un dispositif comparable à celui en vigueur pour procéder à l'étude nationale des coûts des établissements de santé publics et privés. Pourrait ainsi être prévue à l'encontre des radiologues, sous peine de sanction, une obligation de participation aux enquêtes menées par la Cnam, afin de permettre à celle-ci de disposer d'un échantillon suffisamment robuste de détenteurs d'appareils d'imagerie lourde.

Les contrôles par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) des règles complexes qui régissent la détermination des forfaits techniques restent par ailleurs lacunaires.

³²⁴ La mise en œuvre de cette procédure, prévue à l'article L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale, a été précédée de la mise en œuvre d'un dispositif dérogatoire, également issu de l'article 99 de la LFSS et applicable uniquement à l'exercice 2017, ayant autorisé l'Uncam à modifier le montant des forfaits techniques sans avoir à recueillir l'avis de la commission des équipements lourds. Au titre de l'exercice 2017, des économies ont été réalisées à hauteur de 26,5 M€ selon la Cnam.

³²⁵ Présidée par le directeur général de l'Uncam, cette commission comprend des représentants des radiologues et des spécialistes en médecine nucléaire (libéraux et hospitaliers), des fédérations hospitalières représentatives, ainsi que de l'Uncam.

Un contrôle imparfait des facturations par les CPAM

Le forfait technique est dégressif en fonction de l'activité de la machine, le niveau maximal étant appliqué en deçà d'un certain plafond d'activité dit de référence (le forfait est alors qualifié de « plein »). La vérification du niveau d'activité de l'appareil utilisé est donc nécessaire.

Les CPAM doivent donc ainsi contrôler *in situ* des registres chronologiques tenus à disposition par les utilisateurs de ces machines, sans garantie cependant que les données présentes n'aient pas été altérées. Ces contrôles nécessitent d'importantes ressources humaines, d'autant plus que la CPAM d'affiliation de l'assuré social peut ne pas être celle où sont situés les appareils dont elle est chargée de suivre le niveau d'activité.

Pour garantir une correcte application du barème tarifaire en fonction du nombre d'actes effectués sur un appareil, il conviendrait de rendre obligatoire l'apposition du numéro d'ordre sur la facture et de prévoir, dans les applications de tarification de l'assurance maladie, un système assurant le comptage du nombre forfaits techniques facturés au cours de l'exercice.

C - Un cadre de régulation des dépenses à renforcer

Faute pour les radiologues d'être parvenus à remplir les objectifs de pertinence prévus dans le cadre du protocole de 2018, le rythme d'évolution des dépenses consacrées à l'imagerie est difficilement soutenable. La mise en place d'un cadre plus strict est donc à envisager.

1 - Un protocole de régulation des dépenses d'imagerie médicale, expiré depuis 2020, qui n'a pas atteint l'ensemble de ses objectifs

Dans une optique de régulation pluriannuelle des dépenses, un protocole avait été conclu en avril 2018 entre l'Uncam et la Fédération nationale des médecins radiologues (FNMR), couvrant la période allant jusqu'en 2020. Sans aller jusqu'à la détermination d'enveloppes de dépenses à ne pas dépasser, comme cela est prévu par le protocole conclu avec les biologistes médicaux, ce texte a posé le principe de mesures visant une plus grande pertinence des actes, leur degré de mise en œuvre étant censé déterminer des ajustements tarifaires plus ou moins amples.

Un bilan de l'application de ce protocole a été dressé dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2021³²⁶. Il en ressort que les objectifs relatifs à la pertinence des actes n'ont été que partiellement atteints (60 % en 2018 et 30 % en 2019³²⁷). Or, cette insuffisance de résultats n'a pas été compensée par des mesures tarifaires.

Les négociations engagées en vue du renouvellement du protocole arrivé à expiration en 2020³²⁸ se sont interrompues ; la FNMR revendique l'abrogation de l'article 99 de la LFSS pour 2017 (dispositif autorisant une diminution unilatérale par l'Uncam du montant forfait technique) alors que, du point de vue du ministère de la santé, l'obtention de résultats satisfaisants sur le plan de la pertinence des examens est un prérequis à toute évolution législative.

2 - Des modalités de tarification à faire évoluer

Au moment de l'enquête de la Cour, les dispositifs de régulation des dépenses de soins de ville consacrées à l'imagerie médicale apparaissent neutralisés : le protocole conclu avec les représentants de la profession est arrivé à expiration et les perspectives de conclusion à court terme d'un nouvel accord sont incertaines, les actions de gestion du risque par les organismes d'assurance maladie sont suspendues et le recours à la procédure de révision des forfaits techniques reste difficile en l'absence de données de coûts accessibles pour la Cnam.

La persistance de ces difficultés, alors qu'une maîtrise renforcée de l'efficience des dépenses est indispensable pour contribuer au retour graduel à l'équilibre des comptes de la branche maladie devrait conduire à envisager l'évolution de la régulation des dépenses d'imagerie médicale³²⁹.

La Cour a constaté qu'un dispositif de protocole, reposant sur une logique prix/volumes et pertinence des actes, avait permis de rendre effective la régulation des dépenses de biologie médicale jusqu'en 2019³³⁰. Un protocole de même nature, assorti d'un dispositif d'ajustements tarifaires, favoriserait une évolution maîtrisée des dépenses d'imagerie.

³²⁶ Rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale – éclairage sur les radiologues libéraux (juin 2021).

³²⁷ Les objectifs relatifs aux radiographies du thorax, de l'abdomen sans préparation et du crâne, ainsi que sur les produits de contraste, n'ont pas été atteints. En revanche, les objectifs afférents aux examens en cas de lombalgie l'ont été globalement.

³²⁸ Selon les éléments communiqués par la Cnam, des négociations ont été entamées au dernier trimestre de l'année 2020 mais elles n'avaient pas encore abouti au moment de l'enquête de la Cour.

³²⁹ Article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

³³⁰ Cour des comptes, « *Les dépenses de biologie médicale : des efforts d'efficience encore insuffisants* », in *Rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2021.

Son périmètre d'application devra prendre en compte le fait qu'une partie des actes d'imagerie peuvent être réalisés par d'autres professionnels que les radiologues. Il conviendrait donc de circonscrire le champ du dispositif concernant uniquement les radiologues, par exemple à l'imagerie diagnostique, et de prévoir, en outre, des mécanismes *ad hoc* pour les principaux actes réalisés par les radiologues et d'autres professions, de manière à éviter tout point de fuite.

Enfin, alors que l'imagerie médicale a un rôle de plus en plus incontournable dans la prise en charge des pathologies, il est regrettable qu'aucune expérimentation de nouvelles modalités de financement sur le fondement de l'article 51 de la LFSS 2018 n'ait été engagée. Des paiements forfaitaires pour l'ensemble des actes pratiqués durant un épisode de soins seraient particulièrement pertinents dans le domaine de l'imagerie. Cela permettrait de concilier la bonne orientation diagnostique, finalité première de l'imagerie, et l'incitation des radiologues à l'usage le plus adéquat possible des équipements, et non à la multiplication des actes.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Traduisant l'importance de l'imagerie médicale dans la prise en charge des patients, plusieurs mesures telles que la réforme du droit des autorisations ou la stratégie décennale de lutte contre les cancers devraient conduire à une extension du parc d'imagerie lourde.

Pour que cette évolution permette d'améliorer l'accès du plus grand nombre des patients à l'imagerie, elle doit être accompagnée de collaborations plus nourries entre le secteur public hospitalier et le secteur privé lucratif. Celles-ci sont néanmoins délicates à nouer du fait des différences marquantes (en termes de rémunération, d'acquisition de nouveaux appareils ou de participation à la permanence des soins) qui continuent à prévaloir entre les deux secteurs. La réforme du régime des autorisations aurait pu être l'occasion d'un rééquilibrage, en prévoyant notamment la participation des radiologues libéraux à la permanence des soins.

Plus largement, et comme l'a déjà constaté la Cour à propos de la fixation du prix des médicaments ou de la biologie médicale, il importe de concilier l'accès à l'innovation et la nécessité d'un retour progressif des comptes de la branche maladie à l'équilibre. Les travaux engagés en vue de la refonte de la nomenclature des actes pris en charge par l'assurance maladie devraient être l'occasion d'identifier les examens devenus obsolètes et de tirer les conséquences des nouvelles pratiques qui auront émergé, telles que le recours à l'intelligence artificielle ou la délégation de tâches.

Les mesures de régulation adoptées jusqu'en 2019 n'ont eu que des effets limités et n'ont pas permis de contenir suffisamment l'évolution des dépenses. La nécessité de nouvelles modalités d'encadrement des dépenses s'impose donc, en complément de nouvelles actions d'amélioration de la pertinence des actes d'imagerie et d'un renforcement des modalités de contrôle par les CPAM des forfaits techniques applicables aux examens d'imagerie lourde.

La Cour recommande de :

- 10. doter les ARS d'outils de suivi du taux d'utilisation des équipements, des volumes produits et des délais d'attente pour accéder aux plateaux d'imagerie lourde, en imposant à leurs exploitants la production de ces informations, dont le contenu aura été défini au préalable au niveau national (ministère chargé de la santé) ;*

11. *prévoir dans un futur vecteur législatif la participation des radiologues libéraux à la permanence des soins ; dans le cadre des prochains projets régionaux de santé, garantir leur participation effective à cette permanence (ministère chargé de la santé) ;*
 12. *objectiver les charges que les forfaits techniques ont pour objet de couvrir et mettre en place dans les applications de l'assurance maladie un système assurant le comptage du nombre de ces forfaits facturés au cours de l'exercice (ministère chargé de la santé, Cnam) ;*
 13. *amplifier les travaux de définition de référentiels de pertinence des soins en imagerie et mettre en place, sur leur fondement, des actions de gestion du risque (Cnam, HAS) ;*
 14. *engager des négociations avec les représentants des radiologues en vue de la conclusion d'un protocole prix/volumes fixant, sur plusieurs années, une enveloppe de dépenses en imagerie diagnostique compatible avec une trajectoire de retour à l'équilibre des comptes de la branche maladie ; étendre ce mode de régulation aux autres professionnels de santé pratiquant des échographies (Cnam).*
-

Chapitre V

La radiothérapie : une offre dynamique à mieux réguler

PRÉSENTATION

La radiothérapie – ou oncologie-radiothérapie – est une spécialité médicale de traitement du cancer. Seule ou combinée à d'autres traitements (médicamenteux ou chirurgicaux), elle est utilisée dans plus de 50 % des nouveaux cas de cancer (207 000 patients en 2020) et s'effectue essentiellement en ambulatoire (98 %). Le montant des dépenses financées par l'assurance maladie s'élevait à 1,5 Md€ en 2020, ce qui représente 8 % des dépenses de traitement du cancer et 0,7 % de la dépense courante de santé.

Cette activité nécessite des plateaux techniques de pointe, ainsi que des équipes de soins pluridisciplinaires, formées en continu, compte tenu des progrès techniques constants. Depuis les accidents de sur-irradiation survenus à Épinal (2006) et à Toulouse (2007), la radiothérapie fait l'objet de contrôles rigoureux de la qualité et de la sécurité des soins.

Sur 174 centres autorisés, 82 sont des centres publics ou privés non lucratifs, comme les centres de lutte contre le cancer, 81 sont des cabinets libéraux et 11 relèvent d'un autre statut juridique³³¹. Les uns et les autres ne sont pas soumis aux mêmes règles de facturation, ce qui rend difficile la connaissance exhaustive de l'offre de soins et problématique la régulation de l'activité, dont les dépenses associées ont augmenté de 37 % depuis 2015.

L'offre de soins en radiothérapie, marquée par la rapidité des progrès techniques, est aujourd'hui fortement encadrée sur le plan de la qualité et de la sécurité (I). L'évolution non maîtrisée des dépenses appelle une réforme de la tarification des activités (II). Les pilotages, national et régional, sont à renforcer pour s'assurer de l'adéquation de l'offre aux besoins (III).

³³¹ Les autres centres autorisés sont : six établissements de santé privés lucratifs et cinq groupements de coopération sanitaire (GCS).

I - Une offre de soins dynamique et très encadrée en matière de qualité et de sécurité

A - Des progrès techniques à l'origine d'une modernisation du parc et des pratiques

L'activité de radiothérapie externe³³² nécessite des plateaux techniques équipés, à la fois, d'accélérateurs linéaires³³³, dont l'objet est de produire un faisceau de photons ou d'électrons pour traiter les tumeurs, et de matériel d'imagerie pour cibler la tumeur. Le choix des principales techniques d'irradiation dépend de la pathologie et de la spécificité de la tumeur.

L'évolution des pratiques en radiothérapie a toujours eu pour but « *d'obtenir le contrôle local de la tumeur en limitant au mieux la toxicité à l'égard des tissus sains* »³³⁴, ce qui a été rendu possible par l'évolution des technologies et la modernisation du parc, particulièrement marquées ces dix dernières années : 75 % du parc des cabinets libéraux et 70 % du parc des secteurs public et privé non lucratif ont été installés³³⁵ entre 2010 et 2020. Les centres hospitaliers rencontrent cependant plus de difficultés à renouveler leurs équipements, dont 39 % ont plus de dix ans.

³³² Le présent chapitre exclut de son périmètre la radiothérapie interne ou curiethérapie, qui consiste à placer un agent radioactif directement dans – ou en contact avec – la zone à traiter car cette activité induit des contraintes et des parcours spécifiques pour les patients, ne nécessite pas d'accélérateurs et ne concerne qu'un nombre limité de patients (5 722 en 2020, soit moins de 3% des patients de radiothérapie).

³³³ Un accélérateur linéaire est un système qui utilise des ondes électromagnétiques de hautes fréquences pour accélérer des électrons jusqu'à des énergies très élevées à travers un tube linéaire. Le faisceau d'électrons qui en résulte peut être, soit utilisé après passage au travers de diffuseurs en plomb pour traiter des lésions superficielles, soit frapper une cible produisant ainsi des rayons X qui pourront traiter des tumeurs plus profondes.

³³⁴ *Histoire de l'évolution des techniques de radiothérapie*, J-P. Gérard, J. Thariat, P. Giraud, J-M. Cosset, Bulletin du cancer, Société française du cancer, 2010.

³³⁵ 155 accélérateurs sur 207 ont été installés dans les cabinets libéraux et 202 accélérateurs sur 288 ont été installés par les secteurs public et privé non lucratif.

**L'acquisition des accélérateurs :
l'intérêt de grouper les commandes**

Le marché des accélérateurs est dominé par quatre fabricants. Les progrès continus réalisés sur les accélérateurs et sur les équipements techniques associés (imagerie, informatique de pilotage et d'analyse, dosimétrie, sécurité, etc.) conduisent de nombreux centres à renouveler leur matériel dès son amortissement théorique (de 7 à 12 ans). Selon la marque, le type et les options retenues, un appareil coûte de 2,5 à 6 M€ à l'achat en pleine propriété, le coût d'exploitation sur la durée d'amortissement étant généralement évalué au même montant.

Le processus d'acquisition exige une concertation multidisciplinaire approfondie pour définir les besoins puis analyser les offres. En conséquence, les établissements de radiothérapie publics ou privés à but non lucratif, soumis au code des marchés publics, regroupent leurs acquisitions, à leur échelle s'ils atteignent un potentiel d'acquisition significatif (cas de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris et des Hospices civils de Lyon) ou par mutualisation dans le cas inverse, obtenant ainsi des réductions sur les prix unitaires ou des gains sur les prestations associées (durée de garantie, formation du personnel utilisateur, maintenance, etc.).

Le réseau Unicancer, constitué en groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens en 2013, a ainsi conclu des accords-cadres sur appels d'offres ouverts, pour l'acquisition, par ses membres et affiliés, d'accélérateurs de radiothérapie et du matériel et des prestations associées. Aujourd'hui, les 18 centres de lutte contre le cancer (CLCC) disposent de 123 accélérateurs, soit 43 % du parc national (dont 73 % ont été installés ces dix dernières années). De 2015 à 2020, sur le fondement des accords-cadres, ils ont acquis 48 appareils pour un coût de 145,82 M€ avec des gains, selon les fabricants, de 8 à 15 % par rapport à des acquisitions à l'unité, prestations connexes incluses. En 2021, les CLCC ont commandé 18 accélérateurs.

Cette modernisation a permis de doubler le nombre de patients traités avec modulation d'intensité (RCMI)³³⁶ ainsi que le nombre de ceux traités en

³³⁶ La radiothérapie conformationnelle vise à faire correspondre le volume irradié au volume de la tumeur et à épargner les tissus sains avoisinants en jouant sur les faisceaux et les caches de l'accélérateur. La radiothérapie conformationnelle par modulation d'intensité (RCMI) permet de moduler la dose délivrée de chaque faisceau en cours de traitement pour minimiser l'impact sur les tissus sains.

conditions stéréotaxiques³³⁷ sur la période 2015-2020. Ces techniques offrent une grande précision du traitement et rendent possibles les traitements hypofractionnés³³⁸, qui intensifient la dose délivrée sur la tumeur à chaque séance, afin d'en réduire le nombre total. La proportion des patients traités selon ces méthodes constitue donc un indicateur de la diffusion de l'innovation au sein des centres de radiothérapie.

Tableau n° 24 : diffusion de la RCMI et de la radiothérapie en conditions stéréotaxiques

	Nombre de patients traités en 2015	Nombre de patients traités en 2020	Proportion des centres équipés en 2020
RCMI	25 % des patients de radiothérapie	47 % des patients de radiothérapie ³³⁹	98 %
Radiothérapie stéréotaxique	4,8 % des patients de radiothérapie	8,7 % des patients de radiothérapie ³⁴⁰	64 % pour des irradiations intracrâniennes 59 % pour des irradiations extracrâniennes

Source : Cour des comptes, observatoire national de la radiothérapie

Alors que le rapport *Charges et produits* de la caisse nationale d'assurance maladie de 2016 évoquait le risque d'une insuffisante diffusion des avancées technologiques (la RCMI ne représentait que 22 % des traitements en 2014), il apparaît que les centres de radiothérapie, quel que soit leur statut, ont investi ces nouvelles techniques entre 2015 et 2020.

³³⁷ La radiothérapie stéréotaxique ou radiochirurgie est une technique de haute précision basée sur l'utilisation de microfaisceaux convergents permettant d'irradier à haute dose de très petits volumes. La radiothérapie stéréotaxique est destinée à traiter des tumeurs dont la localisation ne permet pas la radiothérapie conformationnelle.

³³⁸ La radiothérapie hypofractionnée consiste à intensifier la dose délivrée lors de chaque séance de radiothérapie, réduisant ainsi la durée totale de traitement et le nombre de séances.

³³⁹ Le secteur privé prend en charge 42 % des patients traités en RCMI.

³⁴⁰ Le secteur privé prend en charge 14 % des patients traités avec stéréotaxie.

B - Des soins spécialisés et très encadrés

Les soins en radiothérapie sont soumis depuis les accidents de sur-irradiation survenus en 2006 à Épinal et en 2007 à Toulouse, à des procédures de qualité et de sécurité renforcées.

Des soins très spécialisés

L'activité de radiothérapie fait appel à différents métiers et à des compétences spécialisées : les oncologues-radiothérapeutes, les médecins médicaux et les manipulateurs en électroradiologie médicale spécialisés en radiothérapie³⁴¹. Les données disponibles ne permettent pas de caractériser les tensions sur le marché de l'emploi entre le secteur privé lucratif et le secteur public ou assimilé, pourtant soulignées par les professionnels³⁴². Les principaux enjeux communs à ces métiers sont d'anticiper le besoin en formation, en fonction des évolutions démographiques et des traitements³⁴³, de reconnaître officiellement les métiers et les parcours³⁴⁴ et de soutenir l'amélioration des pratiques par des formations renouvelées.

1 - Des activités autorisées et évaluées

L'autorisation d'activité de soins délivrée par l'ARS pour une durée de sept ans est une condition nécessaire mais pas suffisante pour exercer une activité de radiothérapie. Ce régime d'autorisation repose sur le respect

³⁴¹ En 2020, les effectifs des services de radiothérapie étaient répartis entre : 979 oncologues-radiothérapeutes (RPPS), 766 médecins médicaux (observatoire national de la radiothérapie) et environ 3 300 manipulateurs en électroradiologie médicale (MEM) ; sources : Adeli et Observatoire national de la radiothérapie.

³⁴² Dans les CHU, les CH et les CLCC, le taux de vacance moyen pour les oncologues-radiothérapeutes était de 2,5 % en 2020.

³⁴³ Le vieillissement et l'accroissement de la population française (+ 1,2 M habitants d'ici 2040 selon l'Insee), l'augmentation attendue de l'incidence du cancer en Europe et les avancées thérapeutiques à l'origine de l'allongement de la survie après cancer (avec risque de ré-irradiation) devraient conduire à une progression du nombre de patients à prendre en charge et à suivre. En outre, les nouvelles techniques de radiothérapie adaptative exigent un temps de préparation médical plus long (Livre Blanc SFRO, 2013). La conjonction de ces quatre facteurs pourrait aboutir à accroître la tension sur les besoins en professionnels spécialisés.

³⁴⁴ La reconnaissance des médecins médicaux et des dosimétristes est inscrite dans la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, mais les décrets d'application n'ont pas encore été pris.

de seuils d'activité³⁴⁵, de conditions transversales de qualité s'appliquant quelle que soit la thérapie, ainsi que de critères d'agrément définis par l'Institut national du cancer (Inca). Ce cadre met l'accent sur la qualité du parcours de soins et Facilite le renouvellement des équipements.

Sauf dérogation appréciée au vu de critères géographiques d'isolement, l'autorisation ne peut être délivrée ou renouvelée que si le demandeur dispose d'un plateau technique comprenant au moins deux accélérateurs de particules sur le même site. Toutefois, le titulaire d'une autorisation peut ne pas avoir le statut d'établissement de santé, dès lors qu'il exerce au sein ou à proximité d'un établissement de santé.

L'autorisation d'activité de soins est complétée, au titre de la réglementation en radioprotection, par une autorisation de détention et d'utilisation des sources de rayonnements ionisants délivrée par l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) pour une durée maximale de dix ans. Depuis 2007, le déploiement d'un système d'assurance qualité évolutif contribue, sous le contrôle de l'ASN, au respect par les professionnels des principes fondamentaux de la sécurité : sécurité des installations (contrôle de la qualité des dispositifs médicaux, contrôle interne sur toute la chaîne, recette des installations, sécurité des logiciels), gestion de la qualité et des risques (formalisation des pratiques, études de risques *a priori*, obligations de déclarations des événements significatifs de radioprotection), mise en place de la dosimétrie *in vivo*, ressources humaines qualifiées.

Les structures de radiothérapie sont en outre soumises aux obligations de déclaration de « matériovigilance » ainsi qu'aux contrôles, interne et externe, de la qualité des installations. Le contrôle externe de la qualité est effectué par des organismes accrédités par le Comité français d'accréditation (Cofrac).

Enfin, les visites de certification organisées par la Haute autorité de santé (HAS) apportent, mais pour les seules structures ayant le statut d'établissement de santé, une évaluation de la qualité de la prise en charge et des parcours, complémentaire des inspections conduites par l'ASN. Une évaluation analogue mériterait d'être appliquée aux activités conduites en cabinet libéral.

³⁴⁵ Le seuil d'activité s'agissant de la radiothérapie est fixé à 600 patients par an (12 patients enfants pour l'autorisation de traitement pédiatrique).

2 - Des exigences évolutives

Les exigences en matière de radioprotection évoluent pour s'adapter au contexte sanitaire et réglementaire, notamment européen.

Ainsi, en 2016, dans le cadre de la transposition de la directive européenne n° 2013/59, le code de la santé publique a été mis à jour³⁴⁶ pour tenir compte de deux nouvelles obligations : l'intégration des pratiques médicales dans le champ de l'assurance qualité et l'extension aux médecins prescrivant une prise en charge en radiothérapie de l'obligation d'une formation initiale et continue spécifique, destinée à leur permettre de prescrire à bon escient ce type de prise en charge.

Le système d'assurance qualité couvre ainsi l'ensemble du processus de soins, depuis la justification de l'acte lors de la prise de rendez-vous jusqu'au compte-rendu de la séance. Il s'agit de sécuriser l'ensemble des étapes du traitement et d'assurer l'optimisation des doses délivrées aux patients. En particulier, une analyse des risques encourus par les patients est menée préalablement à leur prise en charge thérapeutique.

Un audit clinique réalisé par des pairs

Le processus permettant de vérifier la pertinence des actes et l'optimisation des doses prescrites conformément aux principes posés par le code de la santé publique³⁴⁷, doit être évalué par un audit clinique réalisé par des pairs. Il vise à comparer « *les pratiques, les procédures et les résultats radiologiques [...] à des référentiels convenus de bonnes procédures radiologiques médicales* »³⁴⁸, pour améliorer la qualité et le résultat des soins.

L'ASN a établi, dans une décision d'avril 2021, les obligations à respecter en matière de qualité pour les actes utilisant des rayonnements ionisants à des fins thérapeutiques, notamment l'analyse des risques *a priori*, à réaliser pour maîtriser tout changement planifié. Par ailleurs, sous l'impulsion de l'ASN, des recommandations à suivre en cas de déploiement d'une nouvelle technique ont été élaborées par l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN)³⁴⁹.

³⁴⁶ Article L. 1333-19.

³⁴⁷ Le principe de justification vise à s'assurer de la pertinence de l'acte au regard des bonnes pratiques professionnelles. L'optimisation se définit comme l'ensemble des actions médicales et techniques, qui, au cas par cas, permettent d'obtenir le meilleur rapport bénéfice/risque, c'est-à-dire de délivrer dans un temps adapté une dose optimale dans la tumeur, et la dose la plus faible possible.

³⁴⁸ Définition précisée par la directive 97/43 Euratom.

³⁴⁹ IRSN, Guide pour l'appropriation d'un changement technique ou matériel en radiothérapie.

Toutefois, l'obligation d'audit clinique par les pairs, déjà appliquée en Belgique, en Angleterre, aux Pays-Bas, ne l'est pas encore en France : le ministère de la santé et de la prévention n'a, en effet, pas publié l'arrêté posant le cadre du dispositif. Le déploiement de l'audit clinique par les pairs concernera l'ensemble des structures, quel que soit leur statut. Son articulation avec les visites de certification conduites par la HAS et d'inspection par l'ASN auxquelles doivent être soumis tous les détenteurs d'autorisation d'activité, sera à clarifier.

II - Un cadre tarifaire inadapté

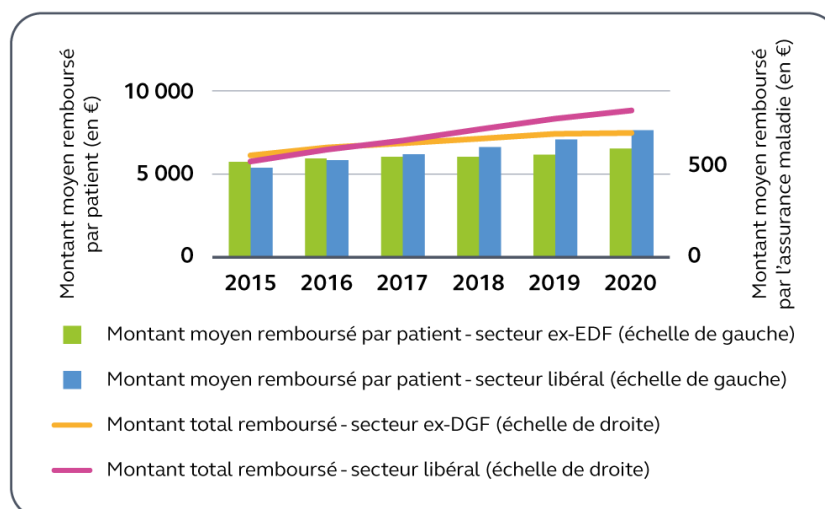
A - Des dépenses en forte hausse du fait notamment des règles et des pratiques tarifaires

1 - Des dépenses en hausse

Les dépenses de radiothérapie, entre 2015 et 2020, ont augmenté beaucoup plus fortement que l'enveloppe globale de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

En effet, le sous-objectif « Établissement de santé » et le sous-objectif « Soins de ville » ont progressé, respectivement, de 1,8 % et de 2,4 % en moyenne par an, alors que les dépenses de radiothérapie du secteur public ou privé non lucratif et celles du secteur libéral ont connu une hausse respective de 4 % et de 8,9 % par an, en moyenne, sur la période. Cette augmentation pour les deux secteurs est plus que proportionnelle à l'augmentation du nombre de patients et s'explique notamment par les règles de tarification et par leur application parfois sujette à caution.

Graphique n° 13 : montants remboursés par l'assurance maladie de 2015 à 2020 en fonction du secteur d'activité



Source : Cour des comptes d'après des données de la caisse nationale d'assurance maladie

Des modèles de tarification distincts

Le secteur public ou privé non lucratif facture à l'assurance maladie son activité de radiothérapie – les séances de préparation ou d'irradiation – selon des tarifs associés à des groupements homogènes de séjours (GHS). Ces règles de codage datent de 2010 et intègrent la facturation des techniques de modulation d'intensité ou en conditions stéréotaxiques.

Dans le secteur libéral, les structures facturent à l'acte selon la classification commune des actes médicaux (CCAM), sur le fondement, pour les séances d'irradiation, d'une codification inchangée depuis 2004 alors qu'elle devait être transitoire.

2 - Des tarifs supérieurs aux coûts en établissement de santé

Dans le secteur public ou privé non lucratif, la hausse du montant remboursé par patient³⁵⁰ résulte d'une augmentation du nombre d'actes avec modulation d'intensité (RCMI) et d'irradiations réalisées en

³⁵⁰ De 2015 à 2020, le montant remboursé par patient dans le secteur public ou privé non lucratif est passé de 5 740 € à 6 534 €, soit une augmentation de 14 %.

conditions stéréotaxiques sur des machines dédiées³⁵¹, sous l'effet d'une tarification avantageuse. Les tarifs de GHS de radiothérapie sur la période 2015-2020 ont été préservés du mécanisme de la « convergence ciblée », visant à rapprocher progressivement des coûts les tarifs en vigueur.

Un différentiel important entre tarifs et coûts

S'agissant des établissements de santé, les travaux de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) permettent d'apprécier le différentiel entre le tarif en vigueur et celui qui serait conforme aux coûts (appelé « tarif issu des coûts » ou TIC). En moyenne, les tarifs sont supérieurs de 75 % aux coûts de réalisation des actes³⁵². Un différentiel existe pour l'ensemble des GHS de radiothérapie, quelle que soit la technique d'irradiation. Il est cependant plus marqué (égal ou supérieur à 100 %) pour les GHS relatifs à des actes d'irradiation en conditions stéréotaxiques, ou à des actes réalisés sur un accélérateur dédié plutôt que sur un accélérateur polyvalent.

Le maintien de cette tarification avantageuse encourage le développement des nouvelles pratiques de radiothérapie, qui constituent une activité « protégée » en termes de tarifs dans le cadre de la politique nationale contre les cancers.

La Cour regrette cependant que cette politique ne soit ni énoncée, ni chiffrée, ni évaluée. Elle souligne son caractère discriminant, le secteur public ou privé non lucratif en étant le seul bénéficiaire, alors que les cabinets libéraux représentent la moitié de l'offre.

Les machines dédiées

En 2005, dans le cadre du premier plan cancer, l'Inca a lancé un appel à projet pour l'installation de trois équipements *Tomotherapy** et de trois équipements *Cyberknife** permettant la réalisation d'actes d'irradiation nouveaux, avec modulation d'intensité ou en conditions stéréotaxiques. Après évaluation par la HAS, ont été ajoutés en 2010 à la CCAM des actes qui déterminent des groupements homogènes de séjour (GHS) spécifiques à ces « machines dédiées ».

³⁵¹ De 2015 et 2020, le montant remboursé des actes sur machine dédiée de RCM est passé de 129 M€ à 258 M€, et le montant remboursé des actes en conditions stéréotaxiques de 34 M€ à 81 M€.

³⁵² Avec un indice de fiabilité correct voire bon (l'indice de fiabilité est une indication statistique issue de l'étude TIC, qui est fonction de la taille de l'échantillon, en nombre de séjours et en nombre d'établissements pris en compte).

Cette tarification est avantageuse³⁵³. Compensant largement les coûts supplémentaires liés à ces équipements, elle incite les établissements publics ou privés non lucratifs à en acquérir³⁵⁴. Ces actes spécifiques ne peuvent pas être codés par le secteur libéral, faute de négociation conventionnelle sur le sujet depuis 2010.

3 - En cabinet libéral, des optimisations de la facturation

La comparaison des deux modes de tarification met en évidence le fait que, la codification des actes n'étant plus adaptée aux pratiques, même en facturant les suppléments prévus par la nomenclature tarifaire, la valorisation d'un même traitement est plus faible dans le secteur libéral que dans le secteur hospitalier.

Or, le montant par patient³⁵⁵ remboursé par l'assurance maladie dans le secteur libéral, qui était inférieur à celui du secteur public ou privé non lucratif en 2015, lui était supérieur de 17 % en 2020, sans augmentation des tarifs individuels.

Dans la mesure où il ne peut être établi de lien entre l'augmentation du coût par patient et la nature du service médical rendu, cet écart croissant résulte de méthodes de facturation discutables, qui conduisent à une valorisation des actes au moins équivalente à celle des actes réalisés en établissements de santé.

Des méthodes de tarification discutables en cabinet libéral

La tarification applicable en ville est moins bien valorisée que la tarification à l'activité (T2A)³⁵⁶ et les actes les plus récents sont moins bien rémunérés que les plus anciens. Il apparaît donc que les professionnels du secteur libéral utilisent les imprécisions de la nomenclature, et se procurent ainsi un niveau de recettes au moins équivalent à celui du secteur public ou privé non lucratif pour une activité identique.

³⁵³ D'après les tarifs GHM 2021, une séance de radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité est valorisée 191,54 € (GHS 9622) contre 405,29 € (GHS 9625) si elle est réalisée sur une machine dédiée. Une séance d'irradiation en condition stéréotaxique est valorisée 826,42 € (GHS 9623) contre 1 461,59 € (GHS 9621) si elle est réalisée sur une machine dédiée.

³⁵⁴ D'après les données 2020 de l'enquête de l'Observatoire national de la radiothérapie, les établissements public ou privé non lucratif ont acquis 84 équipements dédiés (sur 202 acquisitions) au cours des dix dernières années contre 15 pour le secteur libéral (sur 171).

³⁵⁵ De 2015 à 2020, le montant remboursé par patient dans le secteur libéral est passé de 5 383 € à 7 634 €, ce qui représente 42 % d'augmentation.

³⁵⁶ Rapport *Charges et produits* 2016 de l'assurance maladie.

En raison de l'opacité de la facturation et des difficultés de contrôle de la part des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), la facturation de suppléments a pu constituer une variable d'ajustement, comme l'illustre l'exemple du supplément pour contrôle balistique de qualité en radiothérapie par imagerie portale (YYYY166). Pour une irradiation avec modulation d'intensité, l'oncologue radiothérapeute peut comptabiliser des images pour vérifier le positionnement du patient et, aussi, des images relatives à chaque faisceau qui n'est pas symétrique et ainsi facturer le double voire le triple d'images, en fonction de la technique et de l'équipement utilisés. Le nombre de suppléments est très difficilement contrôlable au vu de la facturation et nécessiterait de remonter au dossier du patient.

B - Les effets d'une tarification inadaptée sur l'innovation et l'attractivité

1 - Des conséquences sur la diffusion de l'innovation et la connaissance des pratiques médicales

S'agissant des secteurs public ou privé non lucratif, la tarification à la séance n'incite pas les établissements aux évolutions de prise en charge permettant de réduire le nombre de séances, comme cela est possible grâce à l'hypofractionnement³⁵⁷. La tarification peut donc freiner l'innovation et la diffusion de bonnes pratiques. En outre, certains actes utilisant des technologies récentes³⁵⁸ sont mal valorisés, alors qu'ils offrent des possibilités de traitement plus précis tout en nécessitant plus de temps de définition du traitement. Enfin, le délai entre l'apparition d'une nouvelle pratique et l'évaluation par la HAS du service médical rendu, en vue d'une tarification, est trop long et non adapté à la spécialité. Les professionnels effectuent donc un certain nombre d'actes dans des indications non validées par la HAS³⁵⁹.

S'agissant du secteur libéral, la définition des actes prévus par la nomenclature remonte à près de 20 ans et correspond à une activité de cobalthérapie antérieure aux accélérateurs linéaires actuellement utilisés.

³⁵⁷ L'hypofractionnement et la « désescalade de doses » s'inscrivent pourtant dans la stratégie décennale de lutte contre le cancer et plus particulièrement dans son axe 2 : limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie et dans son axe 4 : s'assurer que les progrès bénéficient à tous.

³⁵⁸ Asservissement à la respiration, fusion d'images, logiciel de dosimétrie permettant un « contourage » de précision, radiothérapie adaptative.

³⁵⁹ D'après la SFRO, 20 % des actes réalisés et remboursés en radiothérapie externe ne seraient pas validés par la HAS.

L'activité est remboursée en fonction de la dose prescrite, du champ considéré et de la puissance de l'équipement, ce qui ne correspond plus aux pratiques actuelles, qui tendent à minimiser la dose et le champ d'irradiation, et ne permet pas d'analyser les pratiques. La nomenclature, qui, de surcroît, ne permet pas d'identifier la nature de l'acte réalisé, apparaît ainsi obsolète.

2 - Des écarts de rémunération croissants entre les deux secteurs

L'augmentation des écarts de rémunération entre les oncologues-radiothérapeutes libéraux et les praticiens exerçant dans le secteur public et privé non lucratif engendre une tension de plus en plus forte sur le marché de l'emploi, en défaveur des secteurs public et privé non lucratif.

Des écarts de rémunération très sensibles et en augmentation

Les honoraires perçus par les oncologues-radiothérapeutes libéraux sont sensiblement plus élevés que ceux de tous les autres spécialistes, de l'ordre de 2 133 000 € bruts par praticien en 2020 (pour un effectif comptabilisé de 322 praticiens)³⁶⁰, soit environ 426 000€ nets³⁶¹.

D'après une enquête réalisée par le Centre national de gestion hospitalière (CNG)³⁶², la rémunération moyenne, dans le public, d'un praticien hospitalier (PH) à temps plein est de l'ordre de 97 000 € bruts (soit 80 000 € nets), pour certaines spécialités (hors astreinte, garde et part salariée payée par l'université dans le cas d'un poste de PU-PH et rémunération au titre d'une activité libérale). Ainsi, la rémunération d'un radiothérapeute en libéral est 4 à 5 fois plus élevée que dans le secteur public. Ce différentiel de rémunération entre les deux secteurs³⁶³ s'accroît depuis 2015.

³⁶⁰ Assurance maladie : honoraires des professionnels de santé libéraux APE par région en 2020. Les spécialités qui viennent juste après sont : la médecine nucléaire pour 980 387 € individuellement par an et l'anatomo-cyto-pathologie pour 608 002 € individuellement par an.

³⁶¹ La rémunération en libéral imposable après déduction des charges des praticiens libéraux est en effet estimée en moyenne à 426 000 €, d'après les données issues du recensement de 204 praticiens et résultant de l'appariement des données de l'Insee, de la direction générale des finances publiques (DGFIP) et de la Cnam.

³⁶² Enquête sur les rémunérations des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques dans les établissements publics de santé au 31 décembre 2016.

³⁶³ Une différence de rémunération entre les deux secteurs pour les physiciens médicaux et les manipulateurs en électroradiologie médicale a de même été observée, de l'ordre de 20 à 50 % en fonction de l'ancienneté, des régions et des tensions sur le marché de l'emploi.

Le secteur privé non lucratif est d'ailleurs plus particulièrement touché, du fait de l'impossibilité pour ses praticiens d'exercer, en sus de leur activité hospitalière principale, une activité libérale, alors qu'elle constitue une source complémentaire de revenus pour les praticiens hospitaliers.

Une facturation redondante au titre de l'activité libérale à l'hôpital

Les médecins oncologues-radiothérapeutes peuvent exercer, à l'hôpital, une activité libérale en complément de leur activité hospitalière, à concurrence de 20 % au maximum de la durée du service hospitalier hebdomadaire.

La réglementation³⁶⁸ autorise la facturation d'un séjour par l'établissement, en sus des honoraires que le praticien facture en suivant la classification commune des actes médicaux (CCAM), selon les mêmes modalités qu'un libéral exerçant en cabinet.

Cette règle, d'application générale pour tout séjour hospitalier associé à une activité libérale, est discutable quand il s'agit d'une séance³⁶⁹ qui ne mobilise pas d'autres ressources au sein de l'hôpital que celles du service de radiothérapie³⁷⁰ dont le coût est compensé au moins en partie, sinon totalement, par la redevance versée par le médecin à l'hôpital (à hauteur de 60 % de ses honoraires). C'est la raison pour laquelle il conviendrait de vérifier par une étude des coûts, si la facturation d'un séjour est justifiée ou non.

III - Un cadre de financement et de régulation à réformer

Bien que le montant total des dépenses liées à l'activité de radiothérapie (1,5 Md€) puisse apparaître modeste (0,7 % des dépenses courantes de santé), en l'absence d'indicateur de suivi et de capacité d'analyse de l'activité tarifée sur la base de la CCAM, son évolution n'est pas maîtrisée.

Les règles de financement des activités de radiothérapie et les instruments de la régulation de l'offre de soins doivent donc être réformés.

³⁶⁸ Circulaire DHOS/F4 n° 2009-319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé, « *les frais d'hospitalisation sont calculés et valorisés selon les mêmes modalités [que lors d'une admission dans le secteur public], le praticien encaissant ses honoraires en sus. L'activité libérale donne lieu au versement d'une redevance [à hauteur de 60 %].* »

³⁶⁹ L'activité de radiothérapie est réalisée pour 98 % en ambulatoire.

³⁷⁰ Dans ce cas de figure, le tarif hospitalier et les honoraires visent à couvrir les mêmes dépenses.

A - Une réforme de la tarification à mener à son terme

La toute première mesure du premier plan cancer 2003-2007 prévoyait de mettre en place en 2005 le codage des actes de la radiothérapie libérale, dans le cadre du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI), déjà déployé dans les établissements de santé. À cet effet, un recueil médicalisé de l'activité de radiothérapie, commun aux établissements de santé et aux cabinets libéraux, a été mis au point en 2008 par l'ATIH. Toutefois, l'absence de données sur les coûts dans le secteur public, nécessaires à la conduite de simulations, a empêché la mise en œuvre du modèle pour la campagne tarifaire en 2009.

Les discussions entre les différentes parties prenantes³⁷¹ ont repris en 2013 et ont permis d'inscrire dans la LFSS pour 2014, l'autorisation, pour quatre ans, d'une expérimentation, possible à compter du 1^{er} juillet 2014. Celle-ci s'est cependant limitée aux cancers du sein et de la prostate.

Les discussions ont conclu à la nécessité de faire évoluer le modèle fondé sur la facturation à la séance et sur un volume d'actes, vers un paiement au forfait, plus adapté au parcours de soins du patient, aux enjeux de qualité et de sécurité et à même de permettre une meilleure adaptation de l'offre aux besoins des patients³⁷². Les cinq forfaits retenus fin 2017³⁷³ pour une expérimentation à blanc menée en 2018 ont été définis en fonction de la technique utilisée (et non des équipements), quels que soient la dose délivrée et le nombre de séances. Ils sont toutefois modulables selon huit « modificateurs », pour prendre en compte la situation ou le profil du patient et l'adaptation aux nouvelles technologies.

Le recueil à blanc réalisé en 2018, via un outil *ad hoc* développé par l'ATIH, a concerné les établissements publics ou privés non lucratifs et les cabinets libéraux et a abouti, en 2019, à la définition consensuelle d'une

³⁷¹ Direction générale de l'organisation des soins (DGOS), direction de la sécurité sociale, HAS, Inca, ATIH, Société française de radiothérapie-oncologie (SFRO), société française des physiciens médicaux (SFPM), Syndicat national de radiothérapie-oncologie (SNRO), fédérations hospitalières.

³⁷² Selon le ministère, l'adoption de forfaits identiques, prenant en compte la technique et non plus la machine, la dose délivrée ou la séance, doit permettre de mieux « réguler le taux de croissance des coûts de l'activité de radiothérapie, d'être incitatif aux bonnes pratiques, de garantir la qualité et la sécurité des soins, de tenir compte des évolutions des techniques et des protocoles de prise en charge et d'assurer une meilleure transparence de l'activité réalisée » (réponse du ministère des affaires sociales et de la santé publiée dans le JO Sénat du 5 mai 2016).

³⁷³ Ils comprennent un forfait technique et de physique médicale (FTPM), lui-même constitué d'une partie préparation (FTPM-P) et d'une partie traitement (FTPM-T), et un forfait médical (FM).

hiérarchisation des forfaits, commune aux deux secteurs d'activité, même si certains points restent encore à approfondir³⁷⁴.

Par ailleurs, les travaux relatifs à la construction d'une échelle de coûts n'ont toujours pas été engagés et se heurtent à l'absence de données nécessaires pour les cabinets libéraux³⁷⁵. La connaissance des coûts conditionne pourtant la valorisation des forfaits et la mesure de l'impact de cette réforme sur les deux secteurs, qui n'ont pu être engagées jusque-là. Enfin, les modalités d'unification des systèmes d'informations, pourtant considérées comme une priorité en 2008, demeurent imprécises.

Cette expérimentation tarifaire, qui aurait dû s'achever en 2018, se poursuit. La crise sanitaire liée à l'épidémie de covid 19 d'une part, les travaux nécessaires à la préparation des autres chantiers de réformes de financement (urgences, psychiatrie, SSR, HAD) d'autre part, ont suspendu l'avancement des travaux, pourtant urgents au regard des distorsions engendrées par la tarification actuelle.

Il importe que cette expérimentation soit conduite à son terme puis de réunir les conditions de sa généralisation.

B - Un pilotage national et régional à renforcer

1 - Renforcer le cadre national de pilotage

La gestion de la situation de crise après les accidents d'Épinal et de Toulouse a mobilisé l'ensemble des opérateurs intervenant dans le secteur de la radiothérapie, au sein d'un comité national de suivi des mesures nationales pour la radiothérapie (CNSMNR). Ce comité a piloté efficacement la mise en œuvre des mesures d'urgence, mais aussi structurelles, destinées à améliorer la prise en charge des patients et à soutenir l'évolution des pratiques³⁷⁶.

³⁷⁴ Les points de vigilance résultant du recueil à blanc établi fin 2018 portent sur l'impossibilité de réaliser ce recueil pour l'activité libérale du fait de la nomenclature désuète et des incohérences de codage pour les actes de stéréotaxie et de RCMi (10 % à 20 % des actes), sur l'impossibilité de distinguer les actes de radiothérapie conformationnelle 2D ou 3D dans la nomenclature actuelle et sur la pertinence relative de certains modificateurs à confirmer à l'usage.

³⁷⁵ La Cnam n'a, à ce jour, pas accès aux données comptables qui permettraient d'objectiver le niveau des coûts à couvrir.

³⁷⁶ En novembre 2007, 33 mesures nationales ont été définies et réparties entre sept domaines d'actions : la qualité et la sécurité des pratiques (sept mesures), la vigilance en radiothérapie (quatre mesures), les ressources humaines et la formation (sept mesures), la sécurité des installations (cinq mesures), la relation avec les patients et le public (quatre mesures), le renforcement des inspections (une mesure), le suivi et la connaissance de la discipline (quatre mesures).

Il a été remplacé, après 2013, par le groupe national de suivi de la radiothérapie (GNSR)³⁷⁷, qui n'a pas d'existence réglementaire mais qui se réunit chaque année, sous l'égide de l'Inca, dans le cadre du suivi des actions du plan cancer. Il traite de sujets d'organisation des soins, de formation, de recherche ou encore de sécurité des pratiques.

Toutefois, sans priorités clairement identifiées, sans plan d'actions ni programmation désignant des responsables et fixant des échéances, il joue un rôle informatif et apparaît moins opérationnel que le CNSMNR l'était. Seule instance spécifique à la radiothérapie, regroupant tous les acteurs, les imprécisions de son statut et de ses missions ne lui permettent actuellement pas d'être l'outil précieux de coordination et de pilotage qu'il pourrait devenir, pour concevoir des orientations transversales et globales au service de la stratégie décennale de lutte contre les cancers.

2 - Mieux piloter l'offre territoriale

Au niveau national, le nombre de patients traités par accélérateur ou par oncologue-radiothérapeute répond aux standards observés à l'échelle européenne.

Une densité d'offre globalement conforme aux standards européens

Une étude³⁷⁸ a évalué auprès d'une quarantaine de pays européens, représentant 99 % de la population européenne, le nombre optimal de patients traités par accélérateur et par oncologue-radiothérapeute. Il en ressort un ratio d'un accélérateur linéaire pour 400-450 patients/an et d'un oncologue-radiothérapeute pour 200-250 patients/an.

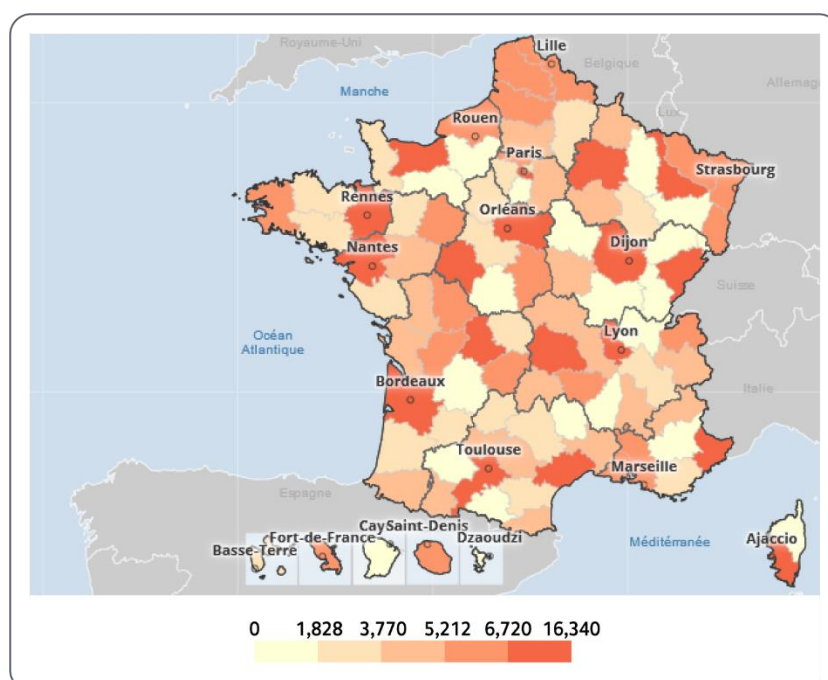
En considérant les 207 000 patients traités par radiothérapie externe en 2020 en France, les 999 oncologues radiothérapeutes inscrits au fichier RPPS et les 516 accélérateurs, le nombre de patients par radiothérapeute est de 210 et celui par accélérateur de 407.

³⁷⁷ DGS, DGOS, ANSM, ASN, HAS, IRSN, Conseil national professionnel d'oncologie (CNPO), Société française des médecins médicaux (SFPM), Société française de radiothérapie oncologique (SFRO), Syndicat national des radiothérapeutes oncologues (SNRO), Association française de la qualité et sécurité des soins en radiothérapie (AFQSR), Association française du personnel paramédical d'électroradiologie (AFPPE), Union hospitalière privée de cancérologie (UNHPC), Fédération hospitalière de France (FHF) et Fédération des CLCC (Unicancer).

³⁷⁸ *Overview of national guidelines for infrastructure and staffing of radiotherapy*, ESTRO-QUARTS: Work package 1, Slotman, *Radiotherapy and oncology*, 2005

Cependant, sur le plan territorial, d'importantes disparités territoriales doivent être constatées : l'offre entre les départements est contrastée, puisque la densité de spécialistes ou d'équipements varie de 1 à 6.

Carte n° 2 : densité de radiothérapeutes pour 100 000 habitants de plus de 60 ans



Source : Cour des comptes, Observatoire national de la radiothérapie, Insee

Une évaluation des modalités d'accès à la radiothérapie et des parcours des patients est nécessaire pour certains territoires de santé.

La planification et la régulation territoriale de l'offre de traitement du cancer par radiothérapie relèvent des compétences des ARS, en particulier par la mise en œuvre des schémas régionaux de santé (SRS). Les autorisations d'implantation se réfèrent aux objectifs quantifiés de l'offre de soins des SRS.

Une graduation des soins de radiothérapie à organiser

Comme le souligne l'évaluation du 3^{ème} plan cancer, l'offre globale de soins en cancérologie a été structurée, au fur et à mesure des plans cancers successifs, selon un principe de soins gradués, avec la reconnaissance de plusieurs niveaux d'expertise, d'enseignement et de recherche. En revanche, le régime des autorisations de radiothérapie n'est pas fondé sur une graduation des soins, puisque le décret réformant les autorisations maintient le principe d'une autorisation unique et générique de radiothérapie. Ce dispositif apparaît ainsi mal adapté à l'enjeu du déploiement, sur tout le territoire, de techniques et d'équipements logiciels de radiothérapie de haute technicité.

La reconnaissance de trois niveaux de prise en charge à travers de centres de proximité ou de recours ou d'expertise apporterait une plus grande lisibilité de l'offre et du parcours des patients³⁷⁹. Elle permettrait de guider l'évolution des équipements en fonction des besoins et de favoriser une coopération plus adaptée entre les structures. Elle serait donc structurante et cohérente avec la logique de déploiement des structures de recherche régionales, comme les cancéropôles³⁸⁰. Elle permettrait également d'accompagner la dynamique des innovations et de leur évaluation.

Les ARS ne sont cependant pas en mesure d'évaluer finement les besoins du territoire et la qualité du parcours du patient. Elles ne disposent ni de données d'activité consolidées et comparables entre les deux secteurs, ni de celles relatives aux transports sanitaires induits par l'activité de radiothérapie³⁸¹, ni d'indicateurs de la qualité dont le recueil est encore trop limité³⁸², ni de référentiels médicaux leur permettant d'évaluer l'offre de soins au regard de la pertinence des actes et des techniques.

³⁷⁹ Les professionnels rencontrés estiment à 15 % la part de patients atteints de cancer nécessitant des soins relevant d'expertises et de matériels innovants.

³⁸⁰ Structure interrégionale et pluridisciplinaire qui associe des équipes de recherche, des services de soins orientés vers l'innovation et des plateformes technologiques. Selon l'Inca, les sept cancéropôles ont pour vocation de coordonner les efforts en matière de recherche, en amont et jusqu'à l'innovation. Ils ont également une dimension européenne de recherche et nouent des partenariats internationaux.

³⁸¹ Les bases de données de l'assurance maladie ne permettent pas d'identifier le service prescripteur de transports. Les dépenses de transport induites par les séances de radiothérapie ne sont donc pas disponibles. Les distances moyennes parcourues par les patients pris en charge en radiothérapie ne sont pas non plus connues et ne peuvent pas être analysées pour apprécier l'accessibilité géographique de l'offre.

³⁸² Ce recueil est propre aux établissements, n'est colligé que partiellement ou ponctuellement par une instance nationale ou territoriale et n'est pas informatisé. Par exemple, l'Inca collecte le délai de mise en traitement pour trois pathologies dans le cadre de son enquête annuelle déclarative, avec une visée seulement informative puisqu'aucune cible n'est fixée. Il est en outre le résultat d'une recherche manuelle de la date de la réunion de consultation pluridisciplinaire validant le traitement (dans le dossier cancer communiquant) et de la date de la première séance de radiothérapie (dans le dossier médical du patient).

Les ARS se limitent, par conséquent, à reconduire des implantations historiques. Cette approche n'assure pas une réponse satisfaisante aux besoins des territoires. Les centres de radiothérapie développent ainsi des stratégies individuelles, en fonction de leurs propres objectifs et de leurs contraintes, au lieu d'élaborer des projets médicaux fondés sur la complémentarité et sur la mutualisation des compétences et des expertises, qui leur permettraient de répondre de manière coordonnée aux besoins de soins.

La Société française de radiothérapie oncologique (SFRO) a élaboré un guide³⁸³ référençant les bonnes pratiques, qui regroupe l'ensemble des recommandations en radiothérapie externe et interne. Même s'il n'est pas officiellement reconnu par la HAS et par l'Inca, car non élaboré dans un respect strict des méthodes de ces deux institutions, ce guide sert de référence aux professionnels pour la justification et l'optimisation des traitements de radiothérapie. Les recommandations de ce guide pourraient servir à construire, par localisation tumorale et par technique, une grille d'évaluation de l'offre locale, afin de permettre aux ARS de mieux apprécier et répartir l'offre de soins.

C - Un cadre de gestion des innovations à rénover

La HAS, qui se fonde sur des référentiels méthodologiques internationaux, souhaite disposer de données comparatives pour conclure formellement à la sécurité d'un traitement, ainsi que pour apprécier son service attendu par rapport à d'autres techniques existantes, en vue de son éventuelle prise en charge par l'assurance maladie. Or, en radiothérapie, il n'existe pas toujours de technique alternative et, quand elle existe, l'analyse comparative n'est pas toujours possible : les sauts technologiques sont tels que les professionnels tendent à en faire bénéficier tous les patients concernés, plutôt que de continuer à utiliser des techniques potentiellement plus toxiques pour les patients composant un groupe témoin³⁸⁴ dans le cadre d'essais cliniques. Comme le demandent les radiothérapeutes, l'évaluation devrait davantage prendre en compte la qualité de vie des patients et la diminution de la toxicité des traitements.

³⁸³ La troisième édition de ce guide Recorad a été diffusée en décembre 2021. Les deux premières éditions parues respectivement en 2007 et en 2016 avaient comme objectif de produire des recommandations visant à optimiser, harmoniser et homogénéiser les pratiques. Cette dernière édition inclut la curiethérapie et tient compte des développements technologiques (radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité, radiothérapie stéréotaxique, curiethérapie en trois dimensions) et des résultats récents de la littérature.

³⁸⁴ En irradiant de façon plus précise une zone, les professionnels considèrent qu'ils irradient moins les tissus sains et que, même si cela ne peut pas être facilement prouvé, de tels traitements sont préférables, voire même qu'il ne serait pas éthique de ne pas les appliquer. C'est ce qu'ils appellent « *l'évidence dosimétrique* ».

Les difficultés des évaluations des soins de radiothérapie

Les professionnels rencontrent des difficultés pour répondre aux exigences des études pivot attendues par la HAS dont la réalisation nécessite le respect de protocoles de recherche et l'obtention de financements. Contrairement aux traitements médicamenteux, ils ne peuvent pas compter sur le soutien des industriels : peu nombreux sur le marché des équipements en radiothérapie, ces derniers ne sont pas incités à contribuer financièrement aux programmes de recherche, une fois obtenu le marquage CE qui conditionne la mise sur le marché de l'équipement.

Les études pivot doivent en outre inclure plusieurs centaines de patients et durent habituellement au moins quatre à cinq ans. Ils nécessitent une plus grande collaboration des centres entre eux dans le cadre d'un réseau, ainsi qu'une structuration commune des recueils de données.

Enfin, pour apprécier l'efficacité des traitements en radiothérapie et évaluer les effets secondaires à long terme, des registres seraient nécessaires pour un meilleur suivi épidémiologique des patients, 10 à 20 ans après leur traitement. La mise en œuvre de tels registres impose de dégager des financements et une organisation appropriée.

En pratique, la HAS n'a reçu aucune demande d'évaluation de la part de l'Uncam depuis 2015 et seulement douze demandes d'évaluation du service médical rendu lui ont été adressées par les professionnels entre 2006 et 2016³⁸⁵.

L'exemple de la RCMi montre le caractère inadapté du cadre institutionnel d'évaluation. Entre 2006, date de la validation par la HAS du recours à cette technique, limitée alors à quelques indications sur certains organes, et son actualisation en 2015, la RCMi s'est en effet imposée comme une pratique courante, sans avoir été validée pour l'ensemble des indications pour lesquelles elle est réalisée.

L'évaluation des innovations doit donc être anticipée dès la phase de recherche. Parmi les mesures destinées à soutenir la recherche en radiothérapie, l'Inca a lancé en 2007 un appel à candidature pour constituer un réseau national de recherche translationnelle en radiothérapie (Radotassent). Ce projet³⁸⁶ a pour objectif de créer un consortium national de recherche consacré à la radiothérapie, afin de favoriser les interactions scientifiques et cliniques et de dégager des priorités de recherche stratégiques.

³⁸⁵ Neuf avis favorables, deux avis insuffisants, un avis non déterminé. Cinq demandes ont fait l'objet en 2011 d'une seule saisine concernant l'irradiation intracrânienne.

³⁸⁶ Ce projet, déposé par la SFRO et la SFPM, a été labellisé fin 2018 pour trois ans.

Par ailleurs, dès 2013, l'ASN a demandé à son groupe permanent d'experts médicaux d'établir des recommandations sur les conditions de mise en œuvre de « *nouvelles techniques et pratiques* »³⁸⁷ en radiothérapie. Elle a mis en place un comité d'analyse des nouvelles techniques et pratiques médicales utilisant des rayonnements ionisants (Canpri), chargé d'identifier les techniques et pratiques émergentes, d'en analyser les enjeux en matière de radioprotection et de dresser des recommandations. Ce comité pourrait être missionné pour distinguer ce qui relève de l'évolution technique ordinaire de ce qui relève d'une véritable innovation.

Sous la responsabilité de l'Inca, une première étape pourrait servir à mieux articuler les travaux de l'ASN et de la HAS, ainsi qu'à impliquer les professionnels pour favoriser une meilleure structuration des données. La stratégie décennale contre les cancers porte l'enjeu de limiter les séquelles et de s'assurer que les progrès bénéficient à tous. Il conviendrait d'expérimenter dans ce cadre une procédure d'autorisation temporaire des techniques et pratiques innovantes, conditionnée par la mise en place de registres des pratiques et par un suivi des situations cliniques, les modalités de sortie de ce dispositif devant être anticipées pour garantir le respect du caractère temporaire. Une offre graduée des soins faciliterait l'intégration et la diffusion de ces innovations dans le cadre de projets médicaux partagés.

³⁸⁷ Rapport du groupe de travail issu du groupe permanent d'experts en radioprotection médicale (GPMED) – novembre 2014.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'activité de radiothérapie est marquée par des innovations rapides qui ont permis des progrès majeurs dans la précision des traitements et la diminution des effets secondaires. Elle s'inscrit aujourd'hui dans un cadre contraignant en matière de qualité et de sécurité des soins. Les modalités d'évaluation des pratiques et des techniques doivent toutefois être améliorées afin de garantir la diffusion des innovations pour les rendre accessibles à l'ensemble des patients.

Le régime d'autorisation de soins encadrant les activités de radiothérapie repose sur des critères de qualité et laisse aux acteurs une souplesse importante, notamment en matière d'investissement. Toutefois, en raison de la dualité des structures de radiothérapie, hospitalières ou libérales, et des différences de modalités de recueil et de valorisation de l'activité qui en découlent, une vision consolidée de l'offre de soins fait aujourd'hui défaut.

L'absence de données structurées sur les caractéristiques des prises en charge empêche les pouvoirs publics d'apprécier avec précision l'évolution de l'offre de soins et sa correcte répartition entre territoires. Elle ne permet pas non plus d'éclairer ni de réguler la forte augmentation des dépenses, permise par des modalités de facturation obsolètes et peu efficaces. Ces angles morts rendent difficile le pilotage de l'offre de soins par les ARS et nécessitent de trouver rapidement les leviers d'une nouvelle stratégie.

Au niveau national comme sur le plan territorial, l'enjeu est donc de renforcer le pilotage de cette spécialité de pointe, afin d'assurer une meilleure adéquation entre l'offre de soins et les besoins des patients.

La Cour formule à cet effet les recommandations suivantes :

- 15. appliquer les mêmes exigences en matière d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins, de recueil de l'activité et de connaissance de la structure des coûts, à tous les services de radiothérapie titulaires ou bénéficiaires d'une autorisation de soins, quel que soit leur statut ; à défaut, engager la transformation des cabinets libéraux exerçant la radiothérapie en établissement de santé³⁸⁸, dans un délai compatible avec la mise en œuvre de la réforme de financement à compter de 2024 (ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale, Cnam) ;*
- 16. publier l'arrêté relatif à l'obligation d'audit clinique par les pairs et étendre les visites de certification à tout détenteur de l'autorisation de soins de radiothérapie, quel que soit son statut (ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale) ;*
- 17. mettre en œuvre la réforme de la tarification au plus tard le 1^{er} janvier 2024, sur une base d'un recueil unique de l'activité et en corrigeant les règles de facturation en cas de réalisation d'une activité libérale en établissement de santé (ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale, Cnam) ;*
- 18. définir des indicateurs nationaux de qualité et construire un outil d'évaluation de l'adéquation de l'offre aux besoins des territoires, à partir des recommandations de bonnes pratiques des sociétés savantes (Inca, HAS), afin, notamment de permettre aux ARS d'établir des diagnostics de territoire et de mieux piloter l'offre (ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale, Inca, HAS) ;*
- 19. expérimenter une procédure d'autorisation temporaire, limitée dans le temps, des techniques et pratiques innovantes en radiothérapie conditionnée par un suivi des situations cliniques (ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale, Inca, HAS, ASN, ANSM).*

³⁸⁸ Une telle évolution a été envisagée à plusieurs reprises par le ministère de la santé ou par la Cnam, qui en avait notamment fait la proposition dans son rapport *Charges et produits* de juillet 2016.

Chapitre VI

Les enjeux de la maîtrise des risques professionnels dans les établissements et services pour personnes âgées et personnes en situation de handicap

PRÉSENTATION

En France, le secteur médico-social public et privé accompagne et soigne près de 1,1 million de personnes, âgées ou handicapées, en établissement ou à domicile. Ce secteur employait en 2020 près de 730 000 salariés. Dans cet ensemble, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) sont majoritaires, avec une capacité d'accueil de plus de 600 000 lits, soit 55 % des capacités et 61 % des effectifs de l'ensemble du secteur ; la Cour a récemment analysé les problématiques de la qualité de la prise en charge médicale des résidents de ces établissements³⁸⁹.

Les salariés du secteur médico-social sont, pour l'essentiel, des personnels paramédicaux (infirmiers, aides-soignants, psychomotriciens, ergothérapeutes) ou socio-éducatifs (éducateurs, aides médico-psychologiques, moniteurs). Ce secteur se caractérise par un nombre de journées d'arrêt de travail, du fait d'accidents de travail ou de maladies professionnelles (AT-MP), trois fois supérieur à la moyenne constatée pour l'ensemble des secteurs d'activité en France. Ce nombre a ainsi atteint 3,5 millions en 2019³⁹⁰, en augmentation de 41 % par rapport à 2016 et correspond à 17 000 postes équivalents temps plein par an.

Au-delà des conséquences pour la santé et pour les carrières professionnelles des personnels concernés, l'organisation des activités des établissements et services médico-sociaux (ESMS) est aussi affectée par cette situation, qui nuit à la qualité et la continuité de l'accompagnement apporté aux personnes âgées ou handicapées et au soutien de leurs proches aidants. C'est cet impact qualitatif de la sinistralité AT-MP que la Cour a souhaité éclairer, au-delà des seuls enjeux financiers qu'elle situe dans une fourchette de 360 à 800 M€, au vu des données de l'assurance maladie ou à travers une valorisation des journées perdues.

L'enquête conduite par la Cour souligne que la fréquence des AT-MP dans le secteur médico-social atteint des niveaux hors norme alors même qu'elle n'est pas appréhendée statistiquement de manière complète (I). La prévention des risques professionnels constitue par conséquent un enjeu essentiel pour l'attractivité du secteur médico-social et sa qualité de service (II).

³⁸⁹ Cour des comptes, « Les personnes âgées hébergées dans les Ehpad », Rapport public annuel 2022, et *La prise en charge médicale des personnes âgées dépendantes en Ehpad*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, février 2022.

³⁹⁰ Source : Agence nationale d'appui à la performance (Anap).

Le secteur médico-social des personnes âgées ou en situation de handicap

En 2020, 44 % des 7 502 Ehpad sont publics, 31 % privés non lucratifs et 24 % privés lucratifs. Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) sont majoritairement privés non lucratifs, et publics dans 30 % des cas. Le secteur du handicap relève en quasi-totalité du statut associatif.

La capacité d'accompagnement des Ssiad est de 125 000 places, cinq fois moins qu'en Ehpad, et majoritairement dédiées aux personnes âgées. Les établissements et services pour personnes en situation de handicap offrent près de 370 000 places, dont 205 000 pour les adultes. Par rapport aux établissements, les services sont minoritaires avec 67 000 places (dont 55 000 dans le secteur de l'enfance), soit 18 % de l'offre globale dans le handicap.

Les effectifs salariés du secteur des personnes âgées représentent 470 000 personnes, dont 430 000 pour les Ehpad. Les effectifs du secteur du handicap se répartissent de manière équilibrée entre les secteurs de l'enfance et des adultes, respectivement avec 128 000 et 129 000 professionnels. Parmi eux, les services emploient plus de 37 000 professionnels, dont 76 % pour le secteur de l'enfance avec les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad).

I - Malgré les difficultés statistiques, une fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles hors norme

L'approche globale des risques professionnels dans les ESMS publics et privés rencontre de nombreuses difficultés de connaissance statistique. Le recensement par l'agence nationale d'appui à la performance (Anap) des journées d'absence au titre des AT-MP dans l'ensemble du secteur médico-social permet en partie de surmonter ces obstacles.

A - Une connaissance du risque incomplète et hétérogène

La seule donnée agrégée donnant une vision globale du risque dans le secteur médico-social – structures publiques et privées confondues – émane de l'Anap et porte sur le nombre de journées d'absence du fait des

accidents de travail³⁹¹ et des maladies professionnelles. Les autres données, détenues par la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) et Cnam, ne sont ni complètes, ni suffisamment homogènes pour être agrégées.

1 - Une connaissance fragmentaire des risques des ESMS publics

La CNRACL dispose de données concernant ses affiliés, c'est-à-dire les agents titulaires de la fonction publique hospitalière (FPH) ou de la fonction publique territoriale (FPT), si leur durée du travail est supérieure à 28 heures hebdomadaires.

Ces données sont cependant loin d'être complètes. En effet, à la différence des employeurs privés, les employeurs publics ne sont pas tenus aujourd'hui de déclarer les accidents à la CNRACL. Cette situation est due, pour partie, à l'absence de parution d'un arrêté du ministre chargé de la fonction publique, prévu depuis une ordonnance du 19 janvier 2017³⁹², qui doit fixer les modalités pratiques de la collecte et du traitement de ces données. De ce fait, seuls 24 % des employeurs de la FPH et 48 % des employeurs de la FPT déclarent aujourd'hui les accidents et les maladies d'origine professionnelle³⁹³, via l'application mise à disposition par la CNRACL (Prorisq).

De surcroît, la CNRACL n'identifie, dans sa base de données, que le quart des ESMS publics. En effet, les ESMS rattachés aux établissements publics de santé ne peuvent y être identifiés de manière spécifique. Or ils représentent la moitié des activités médico-sociales portées par la FPH. Échappe de même à la CNRACL le repérage de personnels des ESMS gérés par les centres communaux d'action sociale, car ils sont souvent rattachés à des centres de gestion de la FPT. Par voie de conséquence, la connaissance du risque dans le secteur public est très parcellaire.

La Cnam recueille quant à elle les données de sinistralité concernant les salariés du secteur privé et les agents contractuels de droit public, ainsi que les fonctionnaires à temps non complet, pour lesquels la durée de travail

³⁹¹ Accidents de travail pour les salariés et accidents de service pour les agents de la fonction publique. Malgré des règles différentes de reconnaissance de l'origine professionnelle de l'accident, l'impact en journées de travail perdues peut s'additionner.

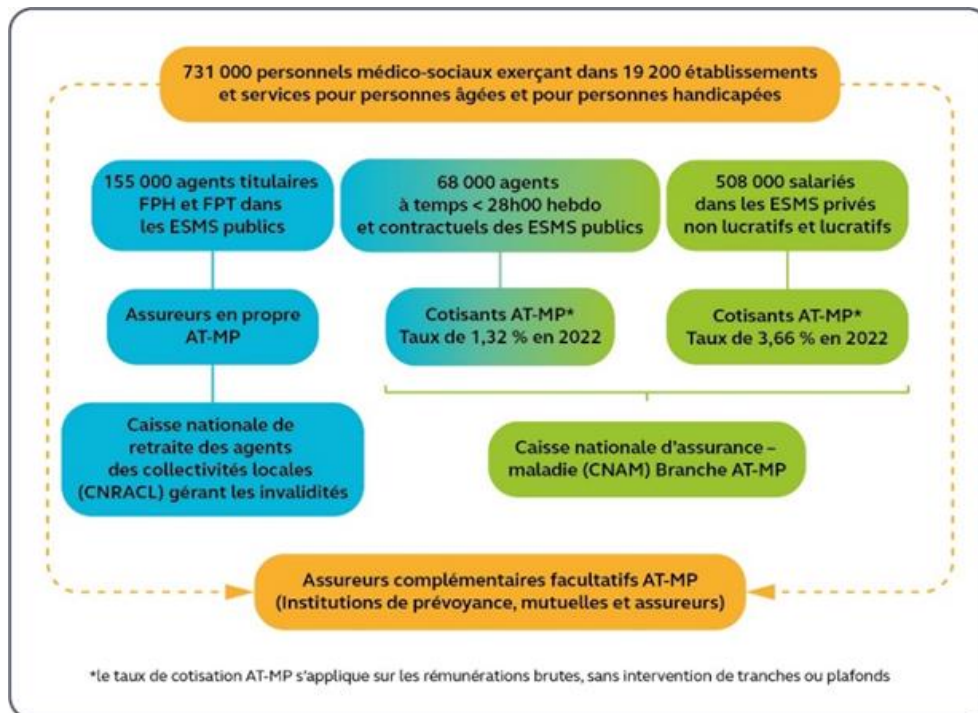
³⁹² Art. 21 *bis* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, créé par l'ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique.

³⁹³ CNRACL, *Base nationale de données, Rapport statistique, Données générales*, 2019, page 3.

hebdomadaire est inférieure à 28 heures. Elle en assure la couverture. Ces données présentent l'avantage de concerner tous les secteurs d'activité économique, ce qui permet de comparer la fréquence et la sévérité des accidents du secteur médico-social avec celles d'autres secteurs.

La connaissance des accidents de travail et des maladies professionnelles des ESMS publics est donc partagée entre deux organismes distincts, dont les données ne sont ni harmonisées ni consolidées, empêchant un pilotage global du risque professionnel dans cette partie du secteur médico-social. Le schéma n° 1 représente cette fragmentation institutionnelle pour les régimes obligatoires (Cnam, CNRACL), ainsi que les effectifs médico-sociaux concernés. Ce morcellement de l'information est accentué par le rôle des assurances complémentaires facultatives, pour lesquelles aucune statistique n'est mobilisable globalement.

Schéma n° 1 : organisation institutionnelle de la gestion des risques professionnels dans les ESMS



Source : Cour des comptes, données Cnam et Drees

2 - Le secteur public médico-social, assureur en propre sans visibilité sur ses risques

Le secteur public est son propre assureur pour l'ensemble des risques professionnels auxquels sont exposés les agents titulaires de la fonction publique, tant pour la couverture des frais de santé que pour la prise en charge du maintien du traitement de l'agent en arrêt de travail³⁹⁴. Les dépenses afférentes ne sont donc pas identifiées en tant que telles mais sont noyées dans la masse budgétaire des ESMS. La CNSA a, en outre, identifié, dans les états réalisés des recettes et des dépenses d'un échantillon de 2 115 Ehpad publics, un montant de 83 M€ de primes d'assurance acquittées, en 2019, au titre de la maladie, maternité et accidents du travail. Selon son analyse, la souscription d'une telle assurance est fréquente et représente 1,51 % des charges du secteur public social et médico-social autonome (qui relève de la FPH) et 1,01 % des charges des ESMS gérés par les centres communaux d'action sociale (qui relèvent de la FPT).

Ces différents constats devraient conduire à l'élaboration d'une stratégie de convergence des méthodes statistiques, afin d'appréhender les risques professionnels en ESMS de manière globale. L'évolution de la déclaration sociale nominative (DSN) au 1^{er} janvier 2022 intégrera le secteur public ainsi que l'immatriculation des employeurs médico-sociaux³⁹⁵, ce qui permettra de connaître le lieu d'exercice public ou privé de chaque agent. Ces deux changements devraient constituer un progrès, à la condition que les employeurs publics remplissent la DSN avec précision et que ces nouvelles informations soient exploitées.

En dépit des insuffisances qui affectent les données, la Cour s'est efforcée d'assembler et de retraiter les différentes sources mobilisables, pour analyser l'ampleur des risques professionnels dans les ESMS.

³⁹⁴ En cas d'arrêt de travail, en raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, la branche AT-MP finance 60 % du salaire (80 % au-delà de 28 jours) des salariés au titre desquels leur employeur est tenu de cotiser pour le risque AT-MP.

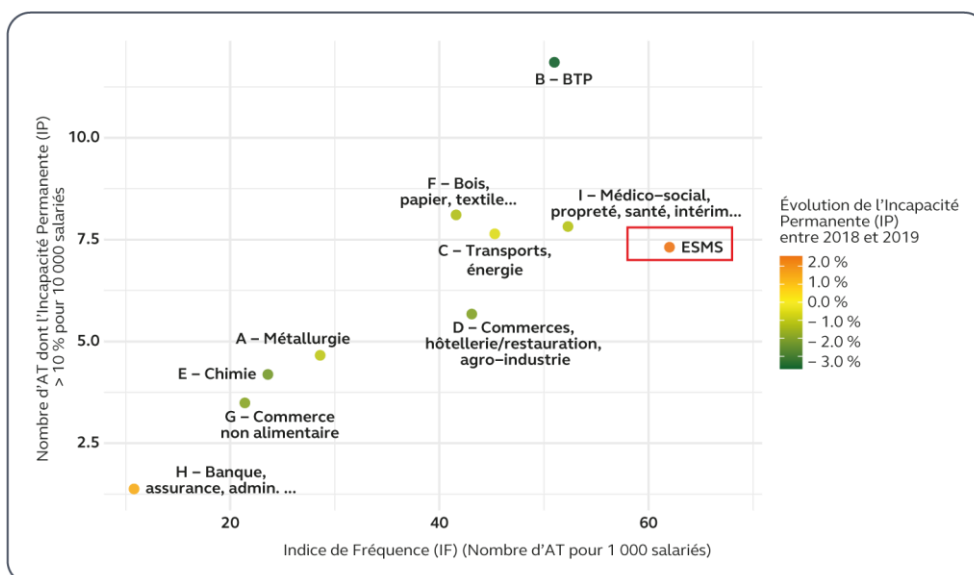
³⁹⁵ Immatriculation au titre du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess), attribuée à chaque structure autorisée, par site d'implantation (Finess ET).

B - Une sinistralité très élevée et en forte détérioration

1 - Des comparaisons entre secteurs d'activité très défavorables au secteur médico-social

Selon les données de la Cnam, c'est dans le secteur médico-social que la fréquence des accidents du travail, mesurée par l'indice de fréquence³⁹⁶, est la plus élevée, comparée à celle des autres secteurs d'activité en France.

Graphique n° 14 : nombre et fréquence des accidents de travail



Source : Cour des comptes, données Cnam

Note de lecture : l'indice de fréquence (IF) des accidents est inscrit en abscisse et un niveau de sévérité défini à partir d'un taux d'IPP de 10 % figure en ordonnée

Elle est notamment nettement supérieure à celle constatée pour la catégorie d'activités³⁹⁷ plus large au sein de laquelle la branche AT-MP classe les ESMS, qui comprend aussi le secteur hospitalier, les entreprises de propreté et les sociétés d'intérim.

³⁹⁶ L'indice de fréquence des accidents du travail correspond au nombre des sinistres multiplié par 1 000, rapporté à la moyenne du nombre de salariés présents au dernier jour ouvré de chaque trimestre civil de l'année considérée.

³⁹⁷ Secteur suivi par le comité technique national « Activités de services II », qui est l'instance paritaire employeurs-salariés de la branche AT-MP en charge de la prévention

La sévérité des accidents du secteur médico-social est certes moins prononcée que celle du secteur du bâtiment et des travaux publics (BTP), mais elle se situe toutefois à un niveau élevé.

La situation comparée des ESMS est la même pour les maladies professionnelles : en effet, les lombalgies (accidents) et autres problèmes périarticulaires évoluent souvent vers un mode chronique, en troubles musculosquelettiques (TMS)³⁹⁸.

2 - Une détérioration continue et forte, spécialement dans le secteur privé commercial

En 2019, selon les données de l'Anap qui les collecte auprès de l'ensemble des employeurs du secteur médico-social³⁹⁹, les AT-MP ont conduit à plus de 2,2 millions de journées d'absence dans les ESMS privés et à 1,2 million dans les ESMS publics. La hausse est globalement de 41 % depuis 2016.

Un rapport, remis en octobre 2019 au ministre chargé des solidarités et de la santé, avait déjà souligné la « sinistralité record »⁴⁰⁰ du secteur du grand âge. Le même constat peut être fait sur le secteur du handicap.

Par ailleurs, c'est dans les structures du secteur privé commercial pour personnes âgées que le nombre de jours d'absence rapporté aux effectifs en équivalent temps plein est le plus élevé et a le plus progressé entre 2016 et 2019 : 9,9 jours d'absence par ETP et une évolution de + 46 %.

³⁹⁸ Cour des comptes, « *La reconnaissance et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles : un dispositif complexe à moderniser* », Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2020.

³⁹⁹ Les structures médico-sociales doivent communiquer à l'Anap les informations définies par l'arrêté du 10 avril 2019 relatif à la généralisation du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social, modifié par l'arrêté du 6 juillet 2020, au titre des articles R. 314-29, R. 314-17, R. 314-49, R. 314-223 et R. 314-232 du code de l'action sociale et des familles.

⁴⁰⁰ *Plan de mobilisation nationale en faveur des métiers du grand âge 2020-2024*, Myriam El Khomri, page 37.

**Tableau n° 25 : nombre de jours d'absence AT-MP rapporté
 aux équivalents temps plein⁴⁰¹**

<i>Publics accueillis</i>	Statuts Juridiques	2016	2017	2018	2019	Évolution 2016-2019
<i>Grand âge</i>	Organismes privés à but non lucratif	7,5	7,9	8,2	8,6	14 %
	Organismes privés à caractère commercial	6,8	8,8	7,9	9,9	46 %
	Secteur public	5,2	5,4	5,8	6,5	25 %
<i>Handicap</i>	Organismes privés à but non lucratif	3,2	3,4	3,6	3,8	19 %
	Organismes privés à caractère commercial	4,4	3,7	3,1	6,9	58 %
	Secteur public	3,7	3,7	4,2	5,0	34 %

Source : Cour des comptes, données Anap

En 2019, les risques professionnels expliquent 19 % des journées d'absence dans les ESMS pour personnes âgées (soit 2,7 millions de jours d'absence sur un total de 14,3 millions) et 11 % dans le secteur des enfants et adultes handicapés (soit 746 000 journées sur un total de 6,7 millions). Si l'on ajoute les arrêts pour maladie, l'Anap estime globalement à 10,8 % l'absentéisme total dans les ESMS. Ce taux signifie que, pour chaque ETP, une journée d'absence est constatée tous les 10 jours. Cette situation affecte le fonctionnement des structures, ainsi que la qualité et la continuité de l'accompagnement des usagers et les relations avec leurs proches.

⁴⁰¹ Enquête portant sur 17 000 ESMS présentant des données validées, et dont le taux de réponse sur les données d'absentéisme est supérieur à 90 % chaque année.

**Tableau n° 26 : évolution de l'absentéisme des salariés
du secteur médico-social (toutes causes, en journées d'absence)**

<i>Publics accueillis</i>	Types de congés	2016	2017	2018	2019	Évolution 2016-2019
<i>Grand âge</i>	Maladie courte	2 640 438	2 705 724	2 667 349	2 304 252	- 13 %
	Maladie moyenne	2 780 942	3 407 318	3 607 817	3 642 631	31 %
	Maladie longue	2 612 877	3 067 605	3 287 964	3 042 081	16 %
	Congé parental	1 576 636	1 679 210	1 675 051	1 540 857	- 2 %
	Autre (dont sans solde)	906 713	1 090 290	1 143 989	1 121 040	24 %
	AT-MP	2 095 379	2 431 822	2 641 748	2 737 559	31%
	Sous-total	12 612 985	14 381 969	15 023 918	14 388 420	14 %
	Évolution		14 %	4 %	- 4 %	
<i>Handicap</i>	Maladie courte	754 691	825 374	779 558	784 451	4 %
	Maladie moyenne	1 659 416	1 838 901	2 030 063	2 160 796	30 %
	Maladie longue	1 264 797	1 392 216	1 511 522	1 557 308	23 %
	Congé parental	706 068	712 088	747 470	743 086	5 %
	Autre (dont sans solde)	573 286	638 677	716 635	747 130	30 %
	AT-MP	550 349	621 578	678 595	746 703	36 %
	Sous-total	5 508 607	6 028 834	6 463 843	6 739 474	22 %
	Évolution		9 %	7 %	4 %	
Total		18 121 592	20 410 803	21 487 761	21 127 894	17 %

Source : Cour des comptes, données Anap

Les arrêts maladie de durée moyenne (entre six jours et six mois)
représentent 25 % des journées d'absence dans le secteur du grand âge et

32 % dans le secteur du handicap. Les arrêts maladie de durée moyenne et les arrêts AT-MP contribuent respectivement pour 31 et 30 % à la détérioration continue de l'absentéisme dans les ESMS.

C - Des risques concentrés sur quatre catégories de structures médico-sociales

Les données de la branche AT-MP permettent d'identifier les structures les plus exposées aux risques professionnels. Elles offrent ainsi la possibilité de mener des actions de prévention ciblées en priorité sur les établissements et services dont la sinistralité est la plus élevée.

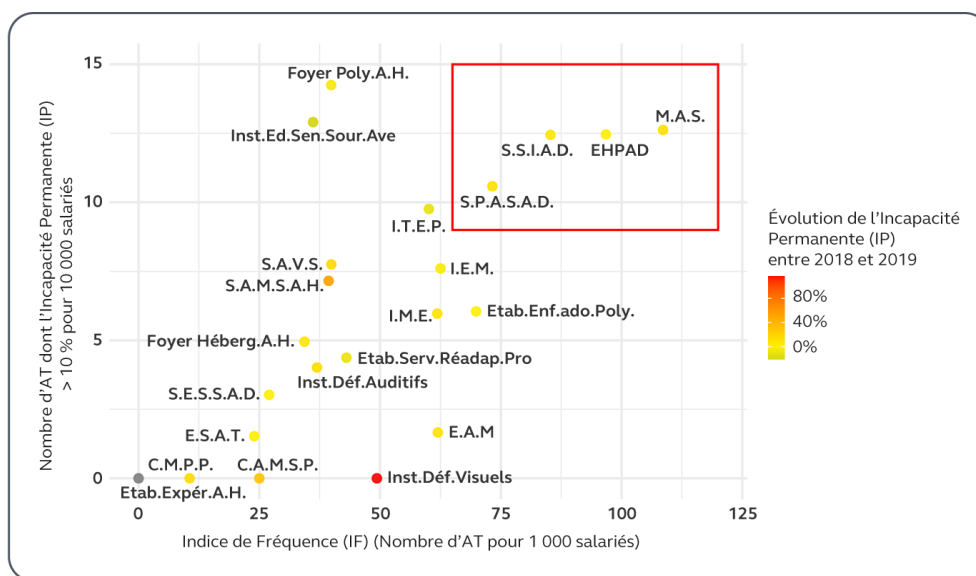
Une stratégie de ciblage a déjà été mise en place par la branche AT-MP pour les Ehpad et pour les services d'aide à domicile du secteur social⁴⁰² (et non médico-social).

Le secteur du handicap appelle toutefois une attention équivalente, notamment les maisons d'accueil spécialisé (MAS), ainsi que les services médico-sociaux à domicile pour personnes âgées : Ssiad et services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad). En effet, avec les Ehpad, ces trois catégories d'établissements et services présentent une fréquence trois fois supérieure à celle de l'ensemble des secteurs d'activité professionnelle, et 1,5 fois plus élevée à celle de l'ensemble des ESMS. La sévérité des accidents y est également nettement plus élevée que dans les autres ESMS.

L'exercice auprès de certaines personnes en situation complexe, comme par exemple le cas des enfants ou adultes polyhandicapés, peut constituer un élément de surcroît de risque.

⁴⁰² Les structures du secteur social ne bénéficient pas de financements de l'assurance maladie, notamment pour des postes de soignants. C'est l'existence d'un financement en tout ou partie par l'assurance maladie qui explique l'adjectif « médico-social », même si ce vocable n'empporte pas nécessairement la présence de médecins dans ces structures.

Graphique n° 15 : comparaison de la sinistralité des différentes catégories d'ESMS



Source : Cour des comptes, données Cnam

Les salariés des services à domicile sont particulièrement exposés aux accidents du travail mais aussi aux accidents de trajet ou de mission⁴⁰³. Les enjeux portent sur la prévention des accidents de la route mais aussi sur l'adaptation des domiciles et des matériels, ce qui requiert un accord de l'utilisateur et de ses proches. La situation de travailleur isolé, quand le salarié intervient seul, l'expose aussi à des risques d'accidents, plus fréquents et plus graves.

Les maladies professionnelles présentent la même surreprésentation dans les quatre catégories d'établissements et services susmentionnés.

⁴⁰³ L'accident de trajet concerne les allers-retours entre le domicile du salarié et ses lieux de travail. Si le salarié passe sur un site de l'ESMS (bureaux ou structure d'accueil ou d'hébergement) avant d'aller au domicile d'une personne accompagnée, il s'agit alors d'un accident de mission.

Le cas particulier des Esat

La situation des établissements et services d'aide par le travail (Esat) est particulière : les salariés et les travailleurs handicapés qui y sont accompagnés réalisent des activités de production et de commercialisation, susceptibles d'exposer à des risques professionnels supplémentaires. Tel est par exemple le cas des activités de menuiserie en Esat, dont des préventeurs de la branche AT-MP estiment qu'elles doivent faire l'objet de mesures de prévention spécifiques. Tel peut être le cas d'autres activités, parfois réalisées en sous-traitance dans des entreprises. L'enregistrement des activités de production des Esat dans la nomenclature APE⁴⁰⁴ faciliterait la gestion du risque.

II - La prévention des risques professionnels, un enjeu essentiel pour l'attractivité du secteur médico-social et sa qualité de service

L'augmentation continue des arrêts de travail dans les ESMS fragilise la qualité des soins et des accompagnements des personnes âgées ou handicapées. Ses différentes causes appellent des actions résolues pour améliorer la santé et la sécurité au travail des personnels des ESMS.

A - Des organisations de travail déstabilisées, des professionnels exposés à des risques multiples

1 - Des taux d'encadrement trop faibles qui accentuent les risques professionnels et dégradent la qualité de service

Les données de l'Anap permettent d'établir un rapport entre le taux d'encadrement de certains ESMS et le taux d'absentéisme au titre des risques professionnels.

⁴⁰⁴ APE : activité principale exercée (nomenclature Insee des secteurs d'activité).

Un meilleur taux d'encadrement permet par exemple aux aides-soignants d'intervenir à deux, là où une intervention seul expose à des risques, notamment lors de transferts de résidents, pour les toilettes ou le passage de la position allongée à la position assise. Le temps consacré aux relations avec chaque résident et ses proches ne peut que s'en trouver amélioré.

Plus le taux d'encadrement d'un Ehpad est proche du ratio d'un agent pour un résident, fixé par le plan solidarité grand âge du 27 juin 2006, moins les arrêts pour accidents de travail ou maladie professionnelle sont nombreux. Ce résultat a été établi par une méthode statistique⁴⁰⁵, qui montre un effet très significatif du taux d'encadrement sur le taux d'absentéisme et permet de le quantifier. La valeur médiane du taux d'encadrement se situe aujourd'hui très en deçà du ratio cible, avec 0,66 salarié par résident. Atteindre le ratio d'un salarié pour un résident permettrait de diminuer d'un tiers le taux d'absentéisme lié aux accidents du travail et maladies professionnelles en Ehpad, et de le faire passer de 2,3 % à 1,54 %.

En revanche, dans les MAS, la sinistralité n'est pas liée au taux d'encadrement, dont le niveau moyen est élevé (1,4 ETP par résident) en raison des besoins spécifiques de l'accompagnement de personnes polyhandicapées. Elle est donc corrélée à la formation, à l'organisation du travail et à la disponibilité de matériels adaptés.

Concernant les Ssiad, le taux d'encadrement médian de 0,25 ETP par place est très faible et rend impossible des interventions à deux chez les usagers, ce qui serait nécessaire pour réduire l'exposition aux risques d'accidents et de maladie professionnelle.

Le virage dit « domiciliaire », encouragé depuis plusieurs années, doit prendre en compte le nécessaire équilibre entre l'intensité des besoins de soins et d'accompagnement des personnes âgées ou handicapées d'une part et la santé et la sécurité au travail des intervenants d'autre part. L'expérimentation de dispositifs renforcés de soutien au domicile⁴⁰⁶, menée dans onze régions, est à ce titre intéressante. Cette démarche, qui concerne 600 personnes âgées, consiste à soutenir les intervenants au domicile de ces personnes, par une coordination renforcée et pluriprofessionnelle, avec l'appui d'un Ehpad. Son impact sur le risque professionnel devra être mesuré.

⁴⁰⁵ Modèle Tobit, avec une valeur p inférieure à 0,0001.

⁴⁰⁶ Arrêté du 5 octobre 2020 relatif à l'expérimentation de dispositifs renforcés de soutien au domicile (Drad) pour les personnes âgées. Il s'agit d'une expérimentation au titre de l'article 51 de la LFSS 2018.

2 - Des tensions élevées sur le recrutement qui aggravent l'impact qualitatif et financier de l'absentéisme

La Cour a récemment observé pour les Ehpad⁴⁰⁷ que le cumul de difficultés (insuffisance du taux d'encadrement, mauvaise organisation des cycles de travail, absentéisme, manque de formation) est à l'origine de problèmes de qualité de prise en charge. Facteur aggravant, les aides-soignants font aujourd'hui partie des quinze professions les plus recherchées par les employeurs en France⁴⁰⁸, avec des postes parmi les plus difficiles à pourvoir. En conséquence, au sein des établissements et services médico-sociaux, l'encadrement consacre une très large part de son temps à la recherche de remplaçants, au détriment du soutien des équipes en place.

Cette situation résulte notamment du manque d'attractivité salariale dont a longtemps souffert le secteur. Les rémunérations du secteur médico-social ont certes été fortement réévaluées par les accords du Ségur de la santé (+ 10 % environ en brut). Toutefois, l'échelonnement de ces revalorisations salariales a fragilisé le secteur privé non lucratif du handicap et des services de soins à domicile : les démissions des salariés partis exercer dans les secteurs ayant, les premiers, bénéficié des revalorisations, auraient représenté près de 25 % des effectifs, voire 40 % dans certaines situations⁴⁰⁹. Les démissions des salariés n'ont pas toujours pu être compensées et les services rendus aux usagers ont été réduits en conséquence.

Les tensions sur les métiers du secteur médico-social vont aussi être aggravées par des départs à la retraite : 245 000 emplois seront à pourvoir d'ici 2030⁴¹⁰, dont 166 000 pour les aides-soignants. Face à la pénurie de personnels diplômés, les employeurs recrutent des personnels « faisant-fonction » d'aides-soignants, solution qui ne peut être que très limitée, notamment à domicile, et qui est impossible pour des infirmiers. Pour leur part, les pouvoirs publics ont déployé différentes mesures dans le cadre du plan attractivité des métiers du grand âge et de l'autonomie : accès à la validation des acquis de l'expérience, formations courtes, promotion en alternance.

⁴⁰⁷ Cour des comptes, « *Les personnes âgées hébergées dans les Ehpad* », Rapport public annuel 2022, page 84.

⁴⁰⁸ Conseil économique social et environnemental, *Les métiers en tension*, 12 janvier 2022, page 23. Projections de France Stratégie avec la Dares.

⁴⁰⁹ Source : discours du Premier ministre pour la conférence des métiers du social et du médico-social du 18 février 2022, page 5.

⁴¹⁰ Op. cit. Projections de France Stratégie avec la Dares.

Le recours aux contrats à durée déterminée pour les aides-soignants

Sur 400 000 aides-soignants exerçant en France, 186 000 signent des contrats courts dans le secteur de la santé humaine et de l'action sociale⁴¹¹. Pour 120 000 d'entre eux, les CDD interviennent en complément d'un emploi stable. Par ailleurs, 66 000 travaillent exclusivement dans le cadre de contrats courts, en nombre limité (cinq en moyenne dans l'année) pour 54 000 d'entre eux, mais en usage intensif (46 en moyenne dans l'année) pour 12 000.

Certains ESMS employant 50 ETP concluent près de 450 CDD par an, phénomène observé par la Cour dans ses contrôles. La tension sur le marché du travail dans ce secteur est telle que la relation d'emploi s'en trouve modifiée. Plusieurs études publiées par la Dares⁴¹² montrent ainsi que les CDD sont plus souvent choisis que subis, les salariés arbitrants en faveur de revenus améliorés du fait de la prime de précarité et de l'indemnité de congés payés. Les signataires d'un CDD se trouvent souvent en position de négocier au mieux les contraintes de planning. Par ailleurs, plus de 10 % des aides-soignants cumulent plusieurs emplois, ce qui accroît les risques potentiels pour la santé et la sécurité au travail. Le fait qu'il y ait près de 40 000 aides-soignants⁴¹³ inscrits à Pôle emploi corrobore le constat d'une accumulation de CDD successifs dans le secteur médico-social.

⁴¹¹ Dares Analyses n° 25, « *Qui sont les signataires des contrats courts ?* », mai 2021, Dares Analyses n°18, « *Quels sont les usages des contrats courts ?* », mai 2021 et Dares, Rapport d'études n° 003, « *À quels besoins correspond l'usage intensif des contrats courts, approche comparée de l'hôtellerie-restauration et du secteur médico-social* », mai 2021.

⁴¹² Dares, *op. cit.*

⁴¹³ Pôle Emploi, données de février 2022. 16 060 aides-soignants inscrits en catégorie A (absence d'activité) et 22 800 en catégories B et C (activité partielle). 71,5 % en catégorie A ont une durée d'inscription au chômage inférieure à un an.

3 - Des risques affectant principalement les aides-soignants, métier clé du secteur médico-social

L'identification des métiers du médico-social les plus exposés aux risques professionnels n'est pas possible à partir des données de la Cnam. Elle est en revanche possible à partir des données recueillies par la CNRACL pour les agents de la FPT et pour ceux de la FPH. L'examen de la sinistralité dans les ESMS, relevant de la FPH, dont la structure d'emploi est comparable à celle des ESMS privés, est à cet égard intéressant. En 2018, 51 % des nouveaux pensionnés au titre de l'invalidité, relevant de la FPH et pris en charge par la CNRACL⁴¹⁴ étaient des aides-soignants et des agents de services hospitaliers. Ces personnels étaient ainsi surreprésentés au regard de leur part dans les effectifs de la FPH (34 %), à la différence des infirmiers qui ne représentent que 8 % de ces nouveaux pensionnés, alors qu'ils constituent 25 % des effectifs⁴¹⁵.

La situation des aides-soignants appelle donc un suivi très attentif au regard des multiples risques professionnels auxquels ils sont exposés. Dans un récent rapport⁴¹⁶, l'Académie de médecine recommande de « *valoriser fortement la formation de tout le personnel, en priorité le métier d'aide-soignant, pivot essentiel des soins en Ehpad par leurs missions plus larges et leurs charges plus lourdes que dans le secteur sanitaire* ». Les aides médico-psychologiques, les agents de services hospitaliers ou encore les agents de services logistiques, souvent appelés comme faisant-fonction à la place des aides-soignants, sont aussi concernés par cette multi-exposition aux risques professionnels⁴¹⁷.

Comme cela est habituel en matière de risques professionnels, les accidents surviennent dès les premières années d'exercice. Leur impact est plus sévère après 45 ans, avec des arrêts de travail plus longs. Dans les ESMS relevant du secteur des personnes handicapées, 68 % des accidents – 60 % dans le secteur des personnes âgées – correspondent à des manutentions manuelles ou à des transferts de résidents, ce qui justifie, à titre préventif, l'installation de matériels adaptés.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus par les services de prévention et de santé au travail avec les Carsat et les directions

⁴¹⁴ CNRACL, Étude de l'invalidité, 2018, page 34.

⁴¹⁵ Questions retraites et solidarités ; « *L'emploi dans la fonction publique hospitalière* » ; octobre 2019 n° 28, page 8.

⁴¹⁶ Académie de médecine : « *Après la crise Covid, quelles solutions pour l'Ehpad de demain ?* », 18 janvier 2022, pages 9 et 12.

⁴¹⁷ Environ. Risques et Santé, « *Plan santé au travail 2016-2020 : mieux connaître la poly-exposition* », Clémence Fourneau et al. Volume 20, n°4, juillet-août 2021, page 379.

régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (Dreets) devraient ériger en priorité la prévention des risques professionnels auxquels sont exposés les aides-soignants (et personnels faisant fonction).

Des documents de référence pour accentuer la connaissance du risque et sa prévention devraient être élaborés et diffusés.

Plusieurs axes complémentaires de prévention

L'organisation du travail est un premier axe de progrès, lié au renforcement des effectifs et à la réduction du *turn over*.

Des investissements en matériels sont aussi indispensables, comme les rails de transfert ou d'autres équipements adaptés pour prévenir les accidents et les TMS. Des équipements individuels sont aussi utiles, comme par exemple la mise à disposition de chaussures adaptées plutôt que l'usage très répandu de chaussures ouvertes, sabots ou sandales, qui augmentent les risques de chutes et leur retentissement.

La formation des salariés est un autre axe de prévention à développer, comme par exemple des séances régulières avec un ergothérapeute, pour rappeler les gestes et postures en situation de travail, ou à l'occasion de l'entretien avec le médecin du travail, lors de la visite de reprise après chaque arrêt de travail au titre des risques professionnels.

Enfin, les arrêts de travail pour maladie et ceux résultant d'AT-MP représentant, pris ensemble, plus de 60 % de la progression des absences dans les ESMS entre 2016 et 2019, il convient que les organismes des branches maladie et AT-MP développent à grande échelle des actions de prévention conjointes dans le secteur médico-social, ciblées sur les structures privées et, le cas échéant, publiques, pour lesquelles la fréquence des arrêts de travail pour maladie et AT-MP est la plus élevée, dans la suite des travaux menés en 2017⁴²⁰.

⁴²⁰ Cnam, rapport *Charges et produits* 2017, page 87.

B - Tarifier le risque AT-MP des structures médico-sociales en fonction de leur sinistralité

Comme cela est généralement le cas pour l'exercice d'activités présentant peu de risques professionnels, les employeurs privés du secteur médico-social sont soumis à un même taux de cotisation, qui dépend du niveau moyen d'AT-MP du secteur.

Cette situation n'est pas justifiée, au regard du niveau globalement très élevé de la sinistralité : comme plusieurs parties prenantes le soulignent (DGCS⁴²¹, Cnam, agences régionales de santé, organisations syndicales), des taux individuels, fixés notamment en fonction de la sinistralité propre de chaque structure du secteur, seraient de nature à récompenser les efforts de prévention et, à l'inverse, à sanctionner leur insuffisance. Il est d'ailleurs notable que les polices d'assurance complémentaire souscrites par les employeurs du secteur prévoient des primes fixées en fonction de la sinistralité de chaque structure.

Les fédérations d'employeurs privés (Feehan, Nexem, Synerpa) appréhendent toutefois la mise en place à court terme de taux différenciés en fonction de la sinistralité. Elles ne seraient prêtes à l'envisager qu'à un horizon de moyen terme, dans un contexte moins difficile en termes de vacances de postes et de difficultés de recrutement.

La Cour des comptes⁴²² a déjà souligné l'intérêt d'incitations tarifaires à la prévention, tout en estimant que la mise en place d'une tarification mixte⁴²³ ou individuelle⁴²⁴ est à considérer prudemment pour les structures aujourd'hui en tarification collective. Dans le domaine des ESMS, il y aurait lieu de mettre en place des taux de cotisation AT-MP tenant compte du niveau de risque selon les différentes catégories d'établissements et, le cas échéant en fonction de leur taille, de la sinistralité de chaque structure. Il conviendrait de veiller à la progressivité de la mise en œuvre de cette évolution, qui n'aura globalement pas d'impact sur le montant total des cotisations versées par l'ensemble des ESMS, d'une part, et qui ne devra pas augmenter le reste à charge des usagers, d'autre part.

Cependant, pour les ESMS publics, ces évolutions des règles de tarification ne seraient applicables qu'aux contractuels et agents à temps

⁴²¹ Direction générale de la cohésion sociale.

⁴²² Cour des comptes, « *La tarification des accidents du travail et maladies professionnelles : une gestion lourde, un caractère incitatif à renforcer* », Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018.

⁴²³ Pour les établissements entre 20 et 149 salariés.

⁴²⁴ Pour les établissements de plus de 149 salariés.

non complet affiliés à la branche AT-MP de la Cnam. Pour les autres agents du secteur public, il faudra *a minima* assurer la déclaration exhaustive des sinistres et recoller les statistiques de sinistralité collectées par la CNRACL avec les données de la branche AT-MP. Cela permettra de dresser un bilan coût-avantage de la situation d'assureur en propre des ESMS publics.

C - Faire de la maîtrise des risques professionnels dans les ESMS une priorité nationale

1 - Structurer un pilotage transversal du risque

Des mesures financières importantes ont été décidées récemment par les pouvoirs publics⁴²⁵, pour la revalorisation salariale des personnels socio-éducatifs, suivant celle déjà engagée pour les personnels soignants. Ces mesures s'ajoutent donc aux 125 M€ alloués aux Ehpad⁴²⁶ pour des « *investissements du quotidien* », lesquels constituent un levier de prévention primaire⁴²⁷ et aux 300 M€ par an sur cinq années, pour l'amélioration du bâti. En outre, 15 M€ sont consacrés à renforcer l'attractivité du secteur et 50 M€, financés par la branche AT-MP, doivent soutenir durant quatre ans les initiatives de prévention dans le secteur privé de l'aide et des soins à la personne⁴²⁸. Aucune indication n'a été apportée concernant des financements pour le secteur public.

Toutefois, le pilotage national de ces moyens n'apparaît pas organisé. La DGCS exerce des missions qui s'étendent à l'ensemble des ESMS publics et privés, mais les risques professionnels ne figurent pas explicitement dans ses compétences. Pour le secteur des ESMS publics, aucune coordination n'est prévue entre la Cnam et la CNRACL.

⁴²⁵ La conférence des métiers du social et du médico-social du 18 février 2022 a octroyé 1 Md€ avec un financement partagé entre l'État et les départements, et 500 M€ pour l'unification des conventions collectives.

⁴²⁶ Accords du Ségur de la santé.

⁴²⁷ La prévention primaire consiste à réduire les risques (adapter les locaux et les postes de travail avec des matériels adaptés) ; la prévention secondaire porte sur les actions collectives et organisationnelles (formation par exemple) ; la prévention tertiaire relève des mesures individuelles (reclassement).

⁴²⁸ Secteur plus large que le seul secteur médico-social.

Au plan régional, l'énoncé réglementaire des missions des ARS ne prévoit pas non plus leur rôle en matière d'attractivité et de gestion du risque professionnel dans le secteur des ESMS. Cependant, un travail conjoint des ARS avec les Carsat, les associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail (Aract) et Dreets a été engagé depuis plusieurs années, comme en Bretagne et en Auvergne-Rhône-Alpes, mais il concerne principalement les ESMS du secteur privé, faute d'un dispositif structuré de gestion du risque et de prévention pour le secteur public, équivalent à celui des Carsat. À cet égard, les ARS et les Carsat doivent pouvoir disposer d'informations sur la sinistralité des personnels titulaires des ESMS publics, pour bénéficier d'une vision globale de leurs risques.

Toutefois, les mesures de soutien à l'attractivité des emplois du secteur et à l'amélioration de la qualité et des conditions de vie au travail, pour indispensables qu'elles soient, sont des stratégies trop indirectes et trop indifférenciées pour espérer atteindre, à l'horizon de juillet 2023, l'objectif, fixé par le ministère des solidarités et de la santé⁴²⁹, de réduction de 2 % de l'indice de fréquence des accidents dans les ESMS. Une approche plus directe et plus ciblée est nécessaire, dont les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre les ARS, les départements et chaque gestionnaire d'ESMS peuvent être l'un des vecteurs.

2 - Mieux utiliser les CPOM conclus par les ESMS

L'utilisation, comme c'est le cas aujourd'hui, d'appels à projet pour améliorer la prévention et mieux gérer le risque AT-MP dans le secteur médico-social ne paraît pas adaptée aux enjeux : les ESMS qui sont en mesure de dégager du temps pour élaborer des dossiers de candidature ne sont généralement pas les plus en difficulté en matière de gestion et de maîtrise des risques professionnels.

Les CPOM, conclus avec chaque organisme gestionnaire d'ESMS, apparaissent plus adaptés. Ils permettent de graduer les objectifs et les indicateurs de suivi, et de conditionner les moyens d'accompagnement alloués à l'action de l'ESMS en matière de prévention. Les CPOM peuvent non seulement définir des objectifs partagés et cohérents, associés à plusieurs signaux (sinistralité, investissements de prévention, absentéisme, isolement, vacances de direction), mais aussi organiser une mesure de l'impact des actions engagées.

⁴²⁹ Instruction DGCS/4B/2018/177 du 17 juillet 2018 relative à la mise en œuvre d'une stratégie de promotion de la qualité de vie au travail dans les établissements médico-sociaux.

Faire du risque professionnel une des priorités des CPOM

Il pourrait être demandé à chaque ESMS, préalablement à la conclusion du CPOM (ou d'un avenant à celui-ci), de présenter le document unique d'évaluation des risques professionnels actualisé et accompagné de l'avis des représentants du personnel, ou encore l'organisation d'une formation de référents en prévention des risques des activités physiques⁴³⁰.

Pour les quatre catégories d'ESMS les plus exposées aux risques professionnels, les CPOM pourraient également prévoir des objectifs chiffrés de baisse de la fréquence des AT-MP, en complément des investissements en matériels adaptés ou des mesures de formation et d'accompagnement à la prévention des risques psycho-sociaux. Le taux d'absentéisme pour maladie et au titre des AT-MP devrait également constituer un des indicateurs de suivi du contrat.

Les CPOM doivent permettre non seulement de concentrer sur les ESMS à risques élevés les crédits alloués aux ARS par le ministère, mais aussi de mettre en cohérence l'ensemble des moyens mobilisables (plan d'aide à l'investissement de la CNSA, subventions des départements, affectation des résultats éventuels des ESMS, crédits non reconductibles, accompagnements et subventions des Carsat pour le secteur privé, crédits délégués au titre de l'attractivité).

3 - Favoriser les rapprochements entre établissements et services médico-sociaux

Les 22 000 ESMS sont gérés par près de 7 400 personnes morales publiques ou privées. Cependant, près des deux tiers d'entre elles ne gèrent qu'un seul ESMS. Les recrutements leur sont plus difficiles à réaliser⁴³¹. La gestion de plusieurs structures favorise, au contraire, la mise en place de fonctions support plus solides, notamment en ressources humaines.

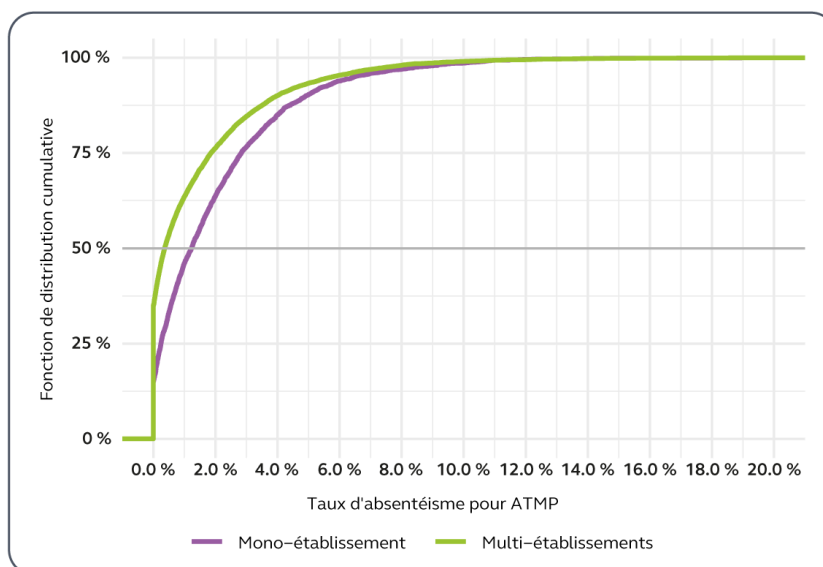
La fréquence de l'absentéisme au titre des AT-MP s'avère ainsi plus élevée lorsque des personnes morales publiques ou privées ne gèrent qu'un seul ESMS. Ainsi, le taux médian d'absentéisme pour AT-MP est de 0,34 % pour les structures multi-établissements, mais s'élève à 1,34 % pour les gestionnaires mono-établissements.

⁴³⁰ Les formations Prap ont été modélisées et déployées par l'institut national de recherche en sécurité (INRS).

⁴³¹ Pôle emploi, « *Statistiques, Études et Évaluation* », n° 52 avril 2019, page 6.

Par ailleurs, la taille limitée et la gestion isolée d'une large part des ESMS rendent très difficiles les adaptations de poste ou les reclassements. Cela conduit à de nombreuses inaptitudes, mises en invalidité et licenciements.

Graphique n° 16 : distribution du taux d'absentéisme pour AT-MP selon le caractère isolé ou regroupé de la gestion des ESMS



Source : Cour des comptes, données Anap. Note de lecture : 75 % des ESMS gérés au sein de groupes, contre 60 % des ESMS qui sont isolés, ont un taux d'absentéisme AT-MP inférieur à 2 %

Les projets régionaux de santé (PRS) peuvent comporter des objectifs quantitatifs et qualitatifs opposables en matière de prévention des risques professionnels, comme en matière de regroupements médico-sociaux ou de relocalisations d'implantations géographiques devenues inadaptées. Les objectifs fixés par la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022⁴³² pour les PRS actuels n'ont pas conduit à l'adoption de mesures ambitieuses, concernant la santé et la sécurité au travail dans le secteur de l'aide et des soins à la personne. Les axes stratégiques des prochains PRS pour la période 2023-2028 doivent être volontaristes à l'égard des établissements et services dont la sinistralité est élevée et chronique, et dont la direction serait indifférente aux injonctions des régulateurs en matière de prévention.

⁴³² Décret 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le fonctionnement des établissements et services médico-sociaux des secteurs du handicap et du grand âge doit faire face à de nouveaux enjeux. L'espérance de vie des personnes lourdement handicapées s'est améliorée mais requiert un personnel spécifiquement formé et en nombre suffisant, notamment dans des établissements d'hébergement qui accueillent aujourd'hui les situations les plus sévères. Ce constat résulte du développement rapide des accompagnements à temps partiel et à domicile. Les besoins évoluent également dans le secteur du grand âge : le vieillissement de la population et l'augmentation de la perte d'autonomie aux âges élevés ont transformé la nature des Ehpad et des services de soins à domicile. Les tensions sur l'emploi dans le secteur médico-social augmentent la charge de travail par professionnel et les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Les stratégies de prévention et les méthodes d'appréciation des risques professionnels mises en place dans d'autres secteurs d'activité sont en retard dans ce secteur.

Pour rendre attractif l'emploi dans les établissements et services du grand âge et du handicap et reconstituer et stabiliser leurs équipes, il est nécessaire, parmi d'autres mesures, d'adopter une démarche résolue de prévention et de réduction des risques professionnels, qui est une composante importante de la qualité de vie et des conditions de travail.

La Cour formule les recommandations suivantes :

- 20. publier l'arrêté rendant obligatoire pour les employeurs publics la déclaration des accidents de service et maladies professionnelles à la CNRACL, ainsi qu'à la Cnam afin de faciliter la coordination de la prévention des risques professionnels dans l'ensemble du secteur médico-social (ministère chargé de la santé et des affaires sociales, DGAFP, DGCL, CNRACL) ;*
- 21. élaborer des indicateurs de ratios de personnels soignants requis dans les ESMS et rendre obligatoire la publication pour chaque établissement du niveau atteint par ces indicateurs (ministère chargé de la santé et des affaires sociales, CNSA)⁴³³ ;*

⁴³³ Cf. Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, *La prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad : un nouveau modèle à construire*, février 2022 (recommandation n° 9).

-
22. *structurer dans le cadre des CPOM une politique régionale de maîtrise du risque professionnel dans les ESMS publics et privés (ministère chargé de la santé et des affaires sociales, ministère chargé du travail, ARS, CNSA, Cnam, CNRACL) ;*
 23. *mettre en place progressivement une tarification AT-MP tenant compte du niveau de risque par catégorie d'ESMS et, le cas échéant, par établissement (ministère chargé de la santé et des affaires sociales, Cnam) ;*
 24. *élaborer des recommandations sur la prévention et la santé au travail des aides-soignants, accompagnants éducatifs et sociaux, et leurs faisant fonction, exerçant dans les ESMS (ministère chargé de la santé et des affaires sociales, Cnam, Anact, société française de médecine du travail).*
-

Chapitre VII

Les droits familiaux de retraite :

des dispositifs à simplifier

et à harmoniser

PRÉSENTATION

Le système de retraite français comporte plusieurs dispositifs de solidarité accordant des droits à la retraite, qui s'ajoutent à ceux acquis en contrepartie des cotisations versées pendant les périodes d'emploi. Les droits familiaux de retraite constituent un volet important de ces dispositifs de solidarité, dont ils représentent le tiers des montants versés. Ils recouvrent pour l'essentiel des droits liés aux enfants et ont pour effet de majorer les pensions des parents, principalement celles des mères.

Mis en place il y a cinquante ans ou plus, dans un contexte familial marqué par une faible participation des mères au marché du travail, ces droits bénéficient à environ neuf millions de retraités, pour un montant de 20 Md€. La Cour s'est interrogée sur la pertinence que conservent aujourd'hui ces dispositifs, et sur leurs liens avec la politique familiale.

Le présent chapitre met en lumière la diversité et la complexité des droits familiaux de retraite, l'importance des enjeux qui leur sont attachés, la mauvaise connaissance de ces droits par leurs bénéficiaires et les difficultés de leur gestion (I). Ces droits ont des effets qui ne sont pas toujours prédictibles sur les montants de pension. Il importe de les simplifier et de les rendre plus homogènes (II).

I - Des droits non contributifs représentant 20 Md€, méconnus et de gestion complexe

A - Trois dispositifs principaux

La Cour a examiné les trois principaux droits familiaux de retraite. Ce sont des droits non contributifs, au sens où ils ne sont pas la contrepartie de cotisations versées par leurs bénéficiaires.

1 - Des attributions de trimestres

Les majorations de durée d'assurance (MDA) pour enfant permettent d'accorder des trimestres de retraite aux personnes ayant eu des enfants. Ces trimestres s'ajoutent à ceux correspondant à des périodes travaillées.

L'élargissement des bénéficiaires aux mères salariées, puis aux pères

Les majorations, qui existaient pour les mères fonctionnaires depuis 1924, ont été étendues au profit des mères salariées, affiliées au régime général, par la loi du 31 décembre 1971 portant amélioration des pensions de vieillesse du régime général de sécurité sociale. Elles l'ont été ensuite progressivement aux mères affiliées aux autres régimes de retraite du secteur privé.

Ces dispositions, réservées aux mères, ont été jugées discriminatoires à l'encontre des pères par la Cour de justice de l'Union européenne, pour les fonctionnaires en 2001⁴³⁴, puis par la Cour de cassation pour les salariés relevant du régime général en 2009⁴³⁵. À la suite de ces décisions, elles ont donc été ouvertes aux hommes, en 2003 dans les régimes des fonctionnaires, en 2008 dans les autres régimes spéciaux, puis en 2010 dans le régime général. Mais les règles applicables selon les régimes restent disparates.

Dans le régime général, la MDA se compose de deux majorations de quatre trimestres chacune, pour chaque enfant né à partir de 2010 : l'une au titre de la maternité qui revient de fait à la mère, l'autre au titre de l'éducation attribuée à l'un ou l'autre des parents selon le choix dont ils font part dans les six mois suivant le quatrième anniversaire de la naissance ou de l'adoption de l'enfant, ou à la mère par défaut. Dans la fonction publique, le nombre de trimestres au titre de la maternité est inférieur de moitié et il n'existe pas l'équivalent des trimestres au titre de l'éducation.

⁴³⁴ CJUE, arrêt du 29 novembre 2001. C-366/99, Griesmar.

⁴³⁵ Cour de cassation, 2^{ème} chambre civile, 19 février 2009.

Ces trimestres sont attribués automatiquement, même en l'absence de réduction ou d'interruption de l'activité professionnelle. Cependant, aussi bien au titre du congé de maternité ou d'adoption que lorsque l'un ou l'autre parent interrompt ou réduit son activité pour s'occuper de son enfant durant ses trois premières années, des attributions de trimestres supplémentaires compensent, de surcroît, ces périodes effectives de moindre activité.

2 - Un dispositif d'assurance retraite *ad hoc*, sous condition de ressources, en cas d'absence ou de faible activité professionnelle

Instituée par la loi du 3 janvier 1972 portant diverses dispositions en vue d'améliorer la situation des familles, l'assurance vieillesse des mères au foyer (AVMF) était destinée à accorder une couverture vieillesse aux mères sans activité professionnelle, au titre des périodes où elles avaient à charge un enfant de moins de trois ans ou au moins quatre enfants dans des foyers aux revenus modestes. De nombreuses modifications sont intervenues depuis 1972, dont son extension aux pères en 1979, la prestation devenant l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF).

L'AVPF permet à un parent, déjà affilié ou non à un régime de retraite, d'acquérir des trimestres au régime général selon les règles de droit commun⁴³⁶, au titre de périodes pendant lesquelles il a élevé des enfants ou s'est occupé d'un proche handicapé ou malade. Ces trimestres de retraite se cumulent avec ceux attribués au titre de la MDA.

L'affiliation à l'AVPF est en principe conditionnée à trois critères : percevoir certaines prestations familiales⁴³⁷, interrompre au moins en partie son activité professionnelle et avoir des ressources inférieures à un seuil⁴³⁸.

⁴³⁶ L'AVPF reporte au compte de l'assuré un montant équivalent au Smic ou à une fraction de celui-ci, qui accroît le revenu de l'année susceptible d'être retenu pour le calcul du revenu de référence et qui permet d'acquérir des trimestres (un trimestre est validé pour un revenu équivalent à 150 Smic horaires).

⁴³⁷ Un ordre de priorité entre ces prestations détermine celle qui ouvre droit à l'AVPF.

⁴³⁸ Cependant, des personnes isolées peuvent travailler à temps plein et il n'y a pas de condition de ressources pour les proches aidants par exemple.

**Tableau n° 27 : conditions d'affiliation à l'AVPF en métropole,
hors proches aidants, au 1^{er} janvier 2022**

<i>Condition n° 1 : prestation autorisant l'affiliation</i>	<i>Condition n° 2 : activité réduite ou plafond de revenus annuels</i>		<i>Condition n° 3 : plafond de ressources du ménage⁴³⁹</i>	
	Isolé	En couple	Isolé	En couple
<i>Complément familial (CF)</i>	Pas de condition	Revenus ≤ 4 973 €	Plafond de l'ARS (allocation de rentrée scolaire)	Plafond du CF
<i>Allocation de base de la Paje</i>				Plafond de l'ARS
<i>Prépare à taux plein</i>	Pas de condition			Plafond du CF
<i>Prépare à taux partiel</i>	Pas de condition	Revenus ≤ 25 916 €		

Notes : CF versé aux familles d'au moins 3 enfants âgés entre 3 ans et moins de 21 ans ; allocation de base de la Paje pour un enfant de moins de 3 ans ; prestation partagée d'éducation de l'enfant (Prépare) versée aux parents ayant au moins un enfant de moins de 3 ans en congé parental à temps plein ou à temps partiel, sans condition de ressources, contrairement aux deux autres prestations.

Source : Cour des comptes

3 - Une majoration des pensions des parents de famille nombreuse

Dans la plupart des régimes, les parents d'au moins trois enfants peuvent prétendre à une majoration proportionnelle au montant de leur pension. Cette majoration pour enfants (MPE) existe depuis 1924 dans le régime des fonctionnaires et 1945 dans le régime général. Elle a été ensuite instituée dans les autres régimes de retraite de base (sauf celui des professions libérales) et dans des régimes complémentaires, dont l'Agirc-Arrco.

Le taux de la majoration s'élève à 10 % dans la majorité des régimes, mais les régimes de fonctionnaires et la plupart des autres régimes spéciaux accordent une majoration supplémentaire de 5 points par enfant au-delà de trois. La MPE est toutefois plafonnée dans les régimes spéciaux ainsi qu'à l'Agirc-Arrco.

⁴³⁹ Plafond de l'allocation de rentrée scolaire (ARS) : 1 enfant : 25 370 €, 2 enfants : 31 225 €, 3 enfants : 37 080 €, par enfant en plus : 5 855 € ; plafond du CF : 1 enfant : 27 219 €, 2 enfants : 32 663 €, 3 enfants : 39 196 €, par enfant en plus : 6 533 €.

Les conditions d'éligibilité diffèrent selon les régimes. Au régime général, la MPE est accordée de droit aux parents d'au moins trois enfants lorsque la filiation est directe (parents biologiques ou adoptants pléniers) et, à défaut de filiation directe, sous réserve d'avoir assumé la charge effective de l'enfant au moins neuf ans avant son seizième anniversaire. Dans la fonction publique, la condition de charge effective durant au moins neuf ans s'applique dans tous les cas et jusqu'à l'âge au-delà duquel l'enfant n'ouvre plus droit aux prestations familiales (20 ans) ; mais, contrairement au régime général, la MPE n'est attribuée qu'à partir du seizième anniversaire du plus jeune enfant.

Dans le cas de familles recomposées, les parents et leurs conjoints respectifs, soit quatre adultes, peuvent bénéficier de la MPE au titre des mêmes enfants sous les conditions précédentes.

Les droits familiaux de retraite dans d'autres pays

S'il n'existe pas de droits familiaux de retraite dans les régimes obligatoires de retraite au Canada, aux Pays-Bas ou aux États-Unis, des droits de ce type ont été créés dans plusieurs pays européens à partir des années 1970, puis développés dans les années 1990. Cela a notamment été le cas en Allemagne et en Suède pour les mères, susceptibles d'être plus touchées par les réformes des systèmes de retraite conduites dans ces pays, en raison de carrières souvent incomplètes.

Dans les cinq pays examinés (Allemagne, Espagne, Italie, Royaume-Uni et Suède), ces droits sont moins nombreux qu'en France, majoritairement accessibles sans condition d'interruption d'activité et, dans certains cas, le bénéficiaire est au choix du couple.

B - Des dépenses en augmentation

1 - Des droits bénéficiant à environ trois retraités sur cinq

Si les hommes ne bénéficient généralement que de la majoration de pension, les femmes bénéficient fréquemment de plusieurs des trois droits familiaux de retraite.

Environ 90 % des femmes retraitées se sont vues attribuées des trimestres pour enfant (MDA). Les attributions de trimestres sont très majoritairement à la charge du régime général (environ les trois quarts), compte tenu des règles déterminant le régime responsable⁴⁴⁰.

⁴⁴⁰ Le régime général est généralement en charge de l'attribution mais, lorsque le retraité est également affilié à un régime spécial (tel que les régimes de fonctionnaires), c'est ce régime qui est chargé de l'attribution.

Des règles d'attribution de trimestres pas toujours équitables

Les trimestres de MDA sont calculés à la liquidation de la pension selon les règles d'un des régimes de base auquel l'assuré a été affilié. La détermination de ce régime est définie par la réglementation. Les régimes des fonctionnaires priment ainsi sur le régime général. De ce fait, une mère, qui a eu ses enfants lorsqu'elle était salariée du secteur privé et finit sa carrière comme fonctionnaire, bénéficiera des MDA au titre de la maternité des régimes de la fonction publique, moins favorables qu'au régime général.

En outre, la MDA au titre de l'éducation ne peut être attribuée que si les deux parents justifient d'une durée d'assurance minimale de deux ans auprès d'un régime de retraite. Un parent remplissant cette condition et ayant assumé l'éducation de son enfant peut ainsi être privé du bénéfice de la MDA, si l'autre parent ne remplit pas la condition de durée.

En 2018, de nouveaux droits à l'AVPF ont été créés au bénéfice de 1,8 million de personnes. Ces droits ont été ouverts au titre de prestations familiales associées aux enfants de moins de trois ans dans près de deux cas sur trois et, dans plus d'un cas sur trois, au titre du complément familial versé aux familles nombreuses ayant des enfants plus âgés. L'AVPF bénéficie principalement à des femmes ayant de faibles ressources et ayant peu travaillé. Ce dispositif, du fait de sa création relativement récente, est encore en cours de montée en charge : 57,5 % des nouvelles retraitées du régime général en 2019 en bénéficient contre 37 % en 2005. La part des hommes en bénéficiant augmente parmi les nouveaux retraités (de 8,8 % en 2010 à 11,5 % en 2019).

En 2020, 38 % de l'ensemble des retraités du régime général bénéficient de la majoration pour enfant (MPE) : 3,2 millions de femmes et 2,4 millions d'hommes. Cette proportion diminue toutefois pour les nouveaux retraités du régime général, passant d'environ 40 % en 2004 à 33,5 % en 2019, car les générations plus récentes comptent moins de familles nombreuses.

2 - Une part en hausse du total des pensions de droit direct

Selon les travaux de la Drees⁴⁴¹, les droits familiaux représentaient 19,9 Md€ sur le total de 269 Md€ de pensions de droit direct versés en 2016

⁴⁴¹ À partir de l'échantillon inter-régimes de retraités de 2016, le plus récent exploité. « Retraite : les dispositifs de solidarité représentent 22 % des pensions versées aux femmes et 12 % pour les hommes », Les dossiers de la Drees N° 49, février 2020.

(soit 7,4 % de ce total)⁴⁴², dont 8 Md€ pour les MPE, 7 Md€ pour les MDA et 3,1 Md€ pour l'AVPF⁴⁴³.

Les majorations s'appliquant proportionnellement aux pensions, la masse financière des MPE allouées aux mères (3 Md€) est moins importante que celle qui concerne les pères (5 Md€) dont les pensions sont plus élevées. Les MPE contribuent ainsi à ce qu'à la retraite, les hommes bénéficient de plus du quart des prestations liées aux droits familiaux et les parents de famille nombreuse de plus de 80 % des mêmes prestations.

La masse des pensions de droit direct liées aux trois principaux droits familiaux (MDA, AVPF et MPE) devrait augmenter en euros constants au moins jusqu'en 2040, pour atteindre 36 Md€. Elle passerait ainsi de 6,7 % de la masse des pensions de droit direct en 2016 à près de 10 % en 2040. La part des MPE dans les pensions de droit direct serait stable (+ 0,1 point), celle de l'AVPF augmenterait (+ 1,5 point) en raison de la montée en charge du dispositif depuis 1972. Il en serait de même pour la part des MDA (+ 1,8 point), davantage de trimestres de MDA servant au calcul de la retraite avec l'allongement de la durée requise pour le taux plein.

3 - Un financement à la charge des régimes ou de la Cnaf

Les droits familiaux sont à la charge des régimes de retraite, à l'exception des MPE, versées par le régime général et les régimes agricoles, qui sont remboursées par la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf), 5 Md€ en 2020, et de l'AVPF, pour laquelle, chaque année, la Cnaf verse à la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) un montant de cotisations calculées selon les règles de droit commun⁴⁴⁴.

En phase de montée en charge de l'AVPF, ce financement procure à la Cnav une recette supérieure aux prestations versées à ce titre. Ainsi, en 2016, le montant des cotisations financées par la Cnaf a été supérieur au supplément de pensions versé par la Cnav au titre de l'AVPF (estimé à 3,1 Md€). Selon les projections, cette situation devrait s'inverser vers 2030.

⁴⁴² À ce montant s'ajoutent 1,2 Md€ de MPE portant sur les pensions de réversion.

⁴⁴³ Le solde correspond principalement aux départs anticipés pour les fonctionnaires ayant au moins quinze ans de services et parents de trois enfants. Ce dispositif est maintenu uniquement pour ceux qui en remplissaient les conditions avant 2012.

⁴⁴⁴ Soit, pour chaque bénéficiaire de l'AVPF, le taux de cotisation multiplié par le salaire porté au compte de l'assuré qui correspond au Smic ou à une fraction de celui-ci.

C - Des dispositifs mal connus et lourds à gérer

1 - Des droits peu connus des assurés

Les droits familiaux de retraite restent, globalement, mal connus des assurés. Selon la Cnaf, 70 % des personnes interrogées en 2016 ne connaissaient pas l'AVPF alors qu'elles en étaient bénéficiaires. Cela peut s'expliquer par une affiliation en général automatique⁴⁴⁵ et par le fait que les droits ne se matérialiseront qu'au moment du départ à la retraite.

Selon une enquête plus récente du groupement d'intérêt public (GIP) Union retraite⁴⁴⁶ (2020), seule la moitié des femmes interrogées parmi les 25-35 ans savaient que le calcul de leur retraite tient compte de la présence d'enfants, contre plus de quatre cinquièmes des femmes de 55 à 60 ans.

Le droit d'option pour permettre aux pères de bénéficier d'attribution de trimestres au titre de l'éducation, qui doit être exercé dans le délai de six mois suivant les quatre ans de la naissance ou de l'adoption de l'enfant, n'a concerné qu'environ 2 000 enfants depuis 2010, selon la Cnav. Si les sites des régimes concernés mentionnent ce droit, les pouvoirs publics ont peu communiqué sur le dispositif et les mères en restent donc les principales bénéficiaires. Les CAF seraient plus à même de relayer efficacement l'information auprès des parents.

L'information sur les droits familiaux de retraite s'est développée dans le cadre du droit individuel des assurés à être informés sur leur retraite. La réglementation, particulièrement complexe, est notamment accessible sur les sites internet du GIP Union retraite et des caisses, mais avec un niveau de précision variable.

Enfin, les majorations de pension pour enfants sont versées automatiquement, sauf lorsque les conditions d'éducation, ou d'âge des enfants pour les régimes de fonctionnaires, ne se trouvent remplies qu'après la liquidation de la pension. Dans ce cas, la mauvaise connaissance de leurs droits peut conduire des retraités à ne pas solliciter leurs caisses pour la mise en paiement de la majoration.

⁴⁴⁵ Sauf au titre de la charge d'un adulte handicapé ou d'aidant familial.

⁴⁴⁶ Le GIP Union retraite réunit les organismes de retraite obligatoire, de base et complémentaire. Il est chargé du pilotage stratégique de tous les projets de coordination, de simplification et de mutualisation visant à rendre plus simple et plus compréhensible le système de retraite pour les usagers. Il met en œuvre le droit individuel à l'information retraite.

2 - Des difficultés de gestion pour les organismes

Les données relatives aux enfants sont mal connues des caisses de retraite, qui sont conduites à demander à l'assuré ces informations avec les pièces justificatives, en général au moment de la liquidation des droits. Des progrès sont cependant attendus dans les prochaines années, notamment avec le répertoire de gestion des carrières unique (RGCU).

Les informations relatives aux enfants

Selon le contrat d'objectifs pluriannuel 2015-2018 du GIP Union retraite, les régimes devaient déverser les données relatives aux enfants de leurs assurés dans le RGCU, opérationnel depuis mai 2020 à la Cnav, mais cette opération a pris du retard.

C'est désormais l'une des priorités du GIP. À partir de 2024, l'Insee devrait déverser automatiquement les flux de données relatives aux nouvelles naissances dans le système national de gestion des identifiants (SNGI), géré par la Cnav et consultable par tous les régimes, afin d'alimenter le RGCU.

Le stock de données relatives aux enfants nés antérieurement serait récupéré par d'autres moyens⁴⁴⁷. Le nombre d'enfants de l'assuré apparaîtra alors dans le RGCU et sera accessible à tous les régimes. Il n'y aura qu'une opération de contrôle et il ne sera plus nécessaire d'interroger l'assuré.

Le simulateur de retraite M@rel et la rubrique « Ma carrière », consultables par les assurés sur le site du GIP Union retraite, récupéreront également les données relatives aux enfants depuis le RGCU.

Le RGCU devrait également simplifier la détermination du régime en charge de l'attribution des MDA.

Actuellement, une coordination entre les régimes est indispensable, en général au moment de la liquidation de la pension. Des échanges sous format papier peuvent allonger les délais et être source d'erreurs. Ainsi, la Cnav attribue les MDA sous réserve que soit établie, à partir d'une attestation papier, la non compétence du régime spécial pour chacun des enfants.

⁴⁴⁷ Le stock de données sera récupéré selon trois moyens : dès avril 2022, par déclaration spontanée de l'assuré, avant que l'information ne soit renseignée dans le RGCU ; par déversement dans le RGCU des données des enfants déjà détenues par certains régimes (ceux de la fonction publique principalement) ; par recours à la communication électronique des données de l'état civil (Comedec).

Par ailleurs, si les trimestres de MDA validés par la Cnav n'ont pas encore été renseignés dans le RGCU, le régime qui traite la demande de retraite doit se rapprocher de la Cnav afin d'obtenir un relevé de carrière. Ces opérations de vérification sont encore effectuées le plus souvent manuellement, comme au service des retraites de l'État⁴⁴⁸.

Des opérations de contrôle délicates sont également nécessaires pour régulariser des droits à l'AVPF ou attribuer les majorations de pension (MPE). En particulier, en l'absence de liste des pièces justificatives à fournir, l'assuré doit apporter tout élément attestant qu'il a participé à l'éducation et à la charge de l'enfant pendant neuf ans⁴⁴⁹, lorsque cette condition est exigée pour bénéficier des MPE. Le gestionnaire doit en contrôler l'authenticité et juger de leur recevabilité, ce qui peut se révéler difficile en cas de séparation des parents ou de famille recomposée.

II - Des droits à redéfinir

A - Des effets croissants sur les pensions mais très hétérogènes

1 - Des règles d'attribution de trimestres au total très favorables

Certains trimestres résultant des MDA et de l'AVPF sont sans effet sur le montant de la pension⁴⁵⁰. Pour autant, en 2020, les trimestres résultant des MDA et de l'AVPF représentaient 16 % de la totalité des trimestres pris en compte au sein de la durée d'assurance tous régimes des femmes nouvellement retraitées du régime général. Cette durée dépassait ainsi celle des hommes de deux trimestres.

⁴⁴⁸ Doit être vérifiée, en particulier, l'effectivité de l'interruption d'activité de deux mois pour l'attribution des MDA pour chaque enfant né avant 2004, opération rendue plus complexe à la suite de l'arrêt Yernaux du Conseil d'État (CE, 27 mai 2011, n° 342238), aux termes duquel toute interruption d'activité d'au moins deux mois au titre d'un enfant peut être prise en compte au titre d'un autre enfant du foyer si elle a duré au moins deux mois supplémentaires.

⁴⁴⁹ C'est-à-dire avoir assuré financièrement l'entretien de l'enfant (nourriture, logement, habillement) et avoir assumé à son égard la responsabilité affective et éducative.

⁴⁵⁰ C'est le cas des mères qui partent à la retraite à l'âge de 62 ans en ayant validé au titre de leur activité une durée d'assurance au moins égale à celle requise pour le taux plein dans le régime général. En effet, il n'est pas rare d'avoir déjà validé quatre trimestres, au titre d'une activité réduite, les années où les trimestres d'AVPF sont accordés (le nombre de trimestres validés est écarté à quatre par année civile et il suffit d'avoir travaillé à temps plein pendant quatre mois, rémunéré au Smic, pour en valider quatre).

Selon les projections de la Cnav, sous l'effet du bénéfice de ces trimestres et de leurs carrières plus complètes, les femmes des générations nées à partir de 1978, pourraient partir à la retraite plus tôt que les hommes grâce à une durée d'assurance supérieure.

L'accroissement de la durée d'assurance des femmes

En moyenne, à l'âge de 40 ans, les femmes nées en 1970 n'avaient validé que deux trimestres de moins que les hommes de la même génération, avant prise en compte des MDA. Or, en 2019, les nouvelles retraitées du régime général bénéficiaires de la MDA ont validé en moyenne 17,8 trimestres à ce titre (près de quatre années et demie). De surcroît, celles qui ont en outre des droits à l'AVPF bénéficiaient d'un nombre de trimestres à ce titre en moyenne plus élevé (31,9 dont 21,8 « utiles » après prise en compte des autres trimestres, soit près de cinq ans et demi). L'AVPF peut ainsi conduire à ce qu'une mère de trois enfants, dont les naissances sont espacées de trois ans et sans aucune activité professionnelle, puisse valider 84 trimestres de retraite, soit l'équivalent d'une moitié de carrière complète⁴⁵¹.

2 - Une contribution très variable au montant des pensions

La contribution des droits familiaux au montant des pensions augmente logiquement avec le nombre d'enfants.

Selon la Drees⁴⁵², elle est en moyenne de 18 % pour les femmes nées en 1946 et en 1950⁴⁵³, allant de 5 % pour les mères d'un seul enfant à un peu plus de la moitié de la pension perçue pour les mères de quatre enfants ou plus. Elle réduit ainsi l'écart de montant moyen de pension entre les mères et les femmes sans enfant à - 24 % pour les mères de trois enfants, au lieu de - 43 % si elles ne bénéficiaient pas des droits familiaux. Les trimestres de MDA et d'AVPF pouvant permettre d'atteindre la durée requise pour le taux plein, cette contribution est plus importante pour les

⁴⁵¹ Dont neuf jusqu'aux trois ans du benjamin, *via* l'allocation de base de la Paje, puis douze jusqu'aux vingt-et-un ans de l'aîné, *via* le complément familial.

⁴⁵² Les évaluations ont été réalisées à âge de départ à la retraite inchangé selon deux méthodes différentes : par la Drees qui a retiré un à un les dispositifs en estimant à chaque étape l'effet sur le montant de la pension (l'estimation dépend de l'ordre retenu pour le retrait des dispositifs) et par la Cnav qui a estimé directement l'écart entre la pension de l'assuré et celle qu'il percevrait si le droit familial considéré n'existait pas.

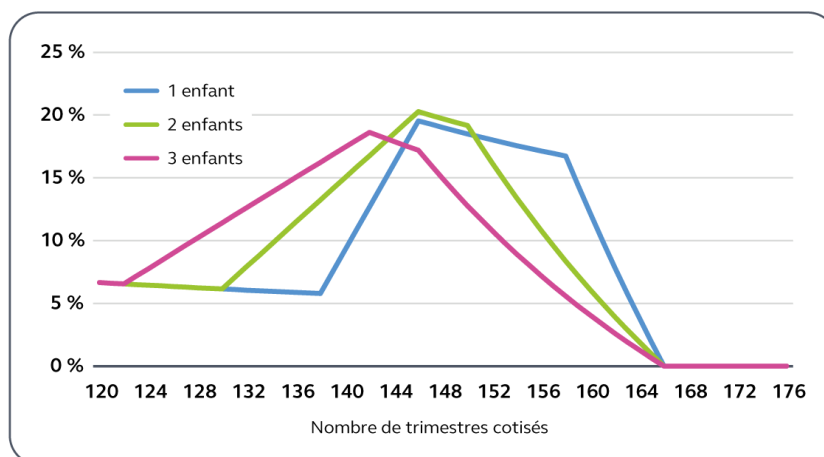
⁴⁵³ Les données sur les droits individuels portent principalement sur des personnes parties à la retraite récemment : les nouveaux retraités de 2019 pour la Cnav et, pour la Drees, les retraités nés en 1946 et en 1950 – générations les plus jeunes entièrement parties à la retraite dans les bases de données utilisées.

mères ayant de faibles pensions, qui peuvent, ainsi, devenir éligibles aux minima de pension, qui rehaussent le montant de la pension⁴⁵⁴.

Selon la Cnav, en 2019, parmi les nouvelles retraitées bénéficiaires de majorations de durée d'assurance, un tiers ne bénéficie d'aucun effet sur le montant de la pension perçue du régime général, mais une sur cinq voit ce montant augmenter de plus de 40 %.

Le gain de pension lié aux majorations de durée d'assurance varie fortement selon la durée de carrière et le nombre d'enfants.

Graphique n° 17 : gain de pension au régime général lié à la MDA par enfant, en fonction du nombre d'enfants et de la durée cotisée⁴⁵⁶



Note de lecture : le gain de pension au régime général lié à la MDA pour un seul enfant est nul dans l'hypothèse d'une carrière complète hors MDA (au moins 166 trimestres cotisés, soit la durée requise pour le taux plein), il vaut environ 5 % pour une carrière courte (au plus 138 trimestres) et plus de 15 % pour une carrière intermédiaire⁴⁵⁷. En outre, selon le nombre d'enfants, le gain par enfant croît pour des carrières courtes et diminue pour des carrières plus longues. Avec un revenu de référence de 20 000 €, le gain par enfant croît pour 138 trimestres cotisés, passant de 361 € avec un enfant, à 825 € avec deux et à 1 012 € avec trois. Il diminue, en revanche, pour 158 trimestres cotisés : respectivement 1 434 €, 717 € et 478 € (soit 1 434 € de gain total quel que soit le nombre d'enfants). Source : Cour des comptes

⁴⁵⁴ Cour des comptes, « Les minima de pension de retraite : un système complexe à la logique devenue incertaine », Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2020. Cet effet n'est pas pris en compte dans les estimations de la Drees, qui portent sur les montants de pension hors minima, mais l'est dans les estimations de la Cnav.

⁴⁵⁶ Cas type d'une mère née en 1957 et partant à la retraite à 62 ans.

⁴⁵⁷ Dans le premier cas, la MDA n'augmente ni le coefficient de proratisation, ni le taux de liquidation : dans le deuxième cas, elle n'augmente que le coefficient de proratisation et, dans le troisième cas, elle augmente également le taux de liquidation.

En 2019, selon la Cnav, parmi les nouvelles retraitées ayant des droits à l'AVPF, 13 % ne bénéficient d'aucun effet sur le montant de la pension perçue du régime général⁴⁵⁸, mais un quart voit ce montant doubler grâce à ces droits.

Le montant de la majoration de pension pour trois enfants ou plus (MPE) varie selon le profil des assurés, notamment selon le montant de la pension, puisque la MPE lui est proportionnelle.

Les effets variables des majorations de pension

Parmi les retraités nés en 1946 et en 1950, n'ayant été affiliés qu'à un seul régime de base, la Drees estime que les anciens salariés agricoles ne recevaient en moyenne que 40 € par mois au titre de la MPE, les retraités affiliés au régime général 89 € (versés par la Cnav et les régimes complémentaires) et les retraités fonctionnaires civils de l'État, en moyenne plus qualifiés et pour lesquels les règles des MPE sont plus favorables, 261 €. Les femmes recevaient en moyenne 80 €, soit 41 % de moins que les hommes (136 €), dont les pensions sont plus élevées.

La MPE permet aux pères de trois enfants ou plus de bénéficier d'une pension totale de droit direct en moyenne proche de celle des autres hommes ; ce qui n'est pas le cas pour les femmes. Pour les générations 1946 et 1950, la pension moyenne mensuelle (y compris MPE) des pères de trois enfants et plus est quasiment égale à celles des autres hommes (environ 1 800 €), alors que celle des mères de trois enfants ou plus (987 €) est inférieure de près de 25 % à celle des autres femmes (1 287 €).

B - Un objectif central à réaffirmer, des simplifications et une harmonisation à rechercher

Les objectifs assignés aux droits familiaux de retraite apparaissent datés et pas toujours explicites. La loi du 20 janvier 2014 mettait en avant l'objectif de compenser à la retraite les aléas de carrière liés aux enfants pour engager une réflexion sur l'évolution des droits familiaux de retraite⁴⁵⁹. Plus récemment, l'étude d'impact du projet de loi instituant un

⁴⁵⁸ Lorsque les faibles revenus portés au compte des bénéficiaires de l'AVPF sont retenus parmi les vingt-cinq meilleurs revenus annuels de la carrière, l'AVPF peut même conduire à diminuer ce montant (pour environ 2 500 personnes en 2019).

⁴⁵⁹ Article 22 : « Dans les six mois suivant la promulgation de la présente loi, le gouvernement remet au parlement un rapport sur l'évolution des droits familiaux afin de mieux compenser les effets de l'arrivée d'enfants au foyer sur la carrière et les pensions des femmes ». La rédaction de ce rapport (« Les droits familiaux de retraite ») a été confiée en 2015 à M. Fragonard, alors président du Haut conseil de la famille.

système universel de retraite évoquait également cet objectif, précisant que les droits familiaux visent à « *compenser les effets négatifs que peuvent avoir la parentalité et l'éducation des enfants sur les carrières professionnelles et, in fine, sur le montant des retraites* ».

L'arrivée des enfants dans le foyer a un effet important sur les carrières, entraînant des retraits du marché du travail, davantage de temps partiel et des salaires plus faibles⁴⁶⁰, particulièrement pour les mères.

Effets des enfants sur les carrières et les salaires des femmes

Le taux d'emploi des mères, contrairement à celui des pères, décroît avec le nombre d'enfants, surtout avec le troisième dans les familles ayant au moins un enfant de moins de trois ans : en 2020, il s'élève à 70,2 % avec un enfant, à 65,5 % avec deux et à 39,4 % avec trois ou plus ; le taux d'emploi des mères dont les enfants ont plus de trois ans est plus élevé (74,8 % avec un seul enfant).

Le recours des femmes au temps partiel varie selon la présence et le nombre d'enfants. La part des femmes sans enfant travaillant à temps partiel est de 23 %, contre 44 % pour les mères de trois enfants ou plus, dont le plus jeune est âgé de moins de trois ans (2020).

En 2017, l'écart de salaire moyen entre les femmes et les hommes était de 23 %, les trois quarts s'expliquant par un écart de salaire horaire. Selon une étude de l'Insee sur le champ des salariés du secteur privé⁴⁶¹, les mères, quel que soit leur niveau de salaire, subiraient une perte de salaire horaire de l'ordre de 5 % par enfant, pendant au moins les cinq années suivant la naissance, alors qu'aucun écart ne serait constaté pour les pères.

Il n'existe pas d'étude équivalente pour le secteur public, où les écarts salariaux entre les femmes et les hommes sont moindres⁴⁶², du fait des grilles indiciaires.

Accordés dans le but de compenser, à la retraite, les effets sur la carrière des parents de l'accueil et de l'éducation des enfants, les droits familiaux de retraite mériteraient d'être mieux articulés avec les dispositifs de la politique familiale destinés à aider les parents à suspendre leur activité pour s'occuper d'un enfant, comme la prestation d'éducation partagée de l'enfant (Prépare) ou le complément de mode de garde⁴⁶³.

⁴⁶⁰ Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale Famille, PLFSS pour 2022.

⁴⁶¹ « *Les trajectoires professionnelles des femmes les moins bien rémunérées sont les plus affectées par l'arrivée d'un enfant* », Insee Analyses N° 48, octobre 2019.

⁴⁶² Descamps-Crosnier Françoise, *La Force de l'égalité - Les inégalités de rémunération et de parcours professionnels entre femmes et hommes dans la fonction publique*, rapport au premier ministre, décembre 2016.

⁴⁶³ Voir le chapitre VIII du présent rapport consacré à la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje).

D'autres objectifs plus discutés

La redistribution en faveur des plus bas revenus peut passer par la mise en œuvre de conditions de ressources, ce qui est déjà le cas pour l'AVPF. Pour autant, cet objectif de redistribution verticale n'a pas été assigné explicitement aux droits familiaux de retraite, contrairement, par exemple, aux minima de pension.

Par ailleurs, on peut considérer que l'incidence des droits familiaux de retraite sur la fécondité est marginale par comparaison avec celle des prestations versées au moment de la naissance et de l'éducation des enfants. En effet, ces droits ne se matérialisent que plusieurs dizaines d'années après la naissance des enfants.

Enfin, l'attribution de droits spécifiques à partir du troisième enfant est historiquement justifiée, dans un régime par répartition, par la volonté de donner des droits supplémentaires aux retraités qui, à travers une descendance nombreuse, contribueraient davantage au financement futur du système de retraite et seraient, de ce fait, garants de sa pérennité. Selon le conseil d'orientation des retraites (COR)⁴⁶⁴, une autre justification possible de ces droits spécifiques serait que les familles nombreuses rencontreraient des difficultés particulières pour épargner en vue de se constituer un capital pour la retraite⁴⁶⁵.

Au total, le principal constat est que les droits familiaux de retraite répondent mal à l'objectif central de compensation, à la retraite, de l'incidence des enfants sur la carrière. Ils surcompensent au total les trimestres de retraite perdus en raison des interruptions ou réduction d'activité pour s'occuper des enfants et compensent peu les pertes de salaire associées.

⁴⁶⁴ *Retraites : droits familiaux et conjugaux* sixième rapport du conseil d'orientation des retraites, décembre 2008.

⁴⁶⁵ Pauline Girardot-Buffard, « *Le patrimoine des ménages retraités* », dans *Les revenus et le patrimoine des ménages* édition 2009, Insee. Selon cette étude, à niveau de vie identique, le nombre d'enfants aurait un impact négatif sur le niveau du patrimoine, significatif à partir de quatre enfants. Sur des données plus récentes (2018), le patrimoine médian des ménages retraités présente un profil en cloche en fonction du nombre d'enfants, avec un maximum pour deux enfants.

Des durées d'assurance supérieures pour les mères compte tenu des trimestres liés aux droits familiaux⁴⁶⁶

Pour les salariées du secteur privé née en 1966, les durées d'assurance tous régimes, acquises à l'âge de 39 ans par les femmes avec enfants, y compris les trimestres acquis au titre de l'AVPF mais sans les majorations (MDA), seraient supérieures à celles des femmes sans enfant. L'AVPF seule permettrait de réduire fortement l'écart de montants de pension (hors MPE) selon le nombre d'enfants et, en y ajoutant les MDA, ces montants pour les mères de deux enfants ou plus deviendraient supérieurs à ceux des femmes sans enfant ou avec un enfant.

Ces résultats, concernant la génération née en 1966 encore en activité, ne s'observent pas sur les générations qui viennent de prendre leur retraite. En l'absence des MDA, la durée d'assurance tous régimes des nouvelles retraitées du régime général en 2019 serait encore inférieure pour celles ayant eu plusieurs enfants, notamment quatre enfants ou plus (125,4 trimestres pour les mères de quatre enfants ou plus contre 146,4 trimestres pour les femmes sans enfant). Toutefois, l'apport des MDA surcompenserait cet écart (163,0 trimestres pour les mères de quatre enfants ou plus, MDA comprises).

Plutôt que de corriger *ex post* les effets de l'accueil et de l'éducation des enfants sur la carrière des parents, il conviendrait de privilégier autant que possible les politiques publiques qui visent à limiter ces effets, notamment en favorisant une meilleure conciliation entre la vie familiale et la vie professionnelle⁴⁶⁷.

Il importe, par ailleurs, d'assurer que les règles relatives aux droits familiaux de retraite sont lisibles pour leurs bénéficiaires, simples en gestion et harmonisées entre les régimes, pour garantir une égalité de traitement entre les assurés, ce qui n'est pas le cas actuellement. La Cour avait souligné, en 2016⁴⁶⁸, l'objectif d'une harmonisation des droits familiaux de retraite entre les régimes des fonctionnaires et ceux des salariés du secteur privé.

⁴⁶⁶ Virginie Andrieux (Insee), Carole Bonnet (Ined et Drees), Benoît Rapoport (Université Paris 1 et Ined), « *Acquisition des droits à pension : quels effets des enfants et des droits familiaux ?* », Dossiers Solidarité et santé N° 72 de la Drees, janvier 2016.

⁴⁶⁷ Voir le chapitre 8 consacré à la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje).

⁴⁶⁸ Cour des comptes, *Les pensions de retraite des fonctionnaires : des évolutions à poursuivre*, rapport public thématique, octobre 2016.

C - Des aménagements ou une refonte d'ensemble

Deux voies sont envisageables : des aménagements de chaque dispositif ou une refonte d'ensemble.

1 - L'AVPF, un dispositif à réformer

Le dispositif de l'AVPF pourrait être aménagé selon plusieurs axes, pour le rendre plus simple et plus cohérent avec l'objectif de compenser à la retraite les aléas de carrière liés à la présence des enfants.

Apprécier de manière contemporaine les ressources

Les revenus d'activité et les ressources pris en compte pour affilier à l'AVPF sont ceux de l'année N-2. Ces conditions de revenus d'activité et de ressources devraient porter sur l'année au titre de laquelle le droit à l'AVPF est accordé. Un traitement informatique détectant automatiquement les droits à l'AVPF pourrait être effectué au cours de l'année N+2, dès que les conditions d'activité et de ressources sont connues, ce qui ne soulèverait pas de difficulté notable s'agissant d'un droit à la retraite qui produit des effets à un horizon éloigné.

L'affiliation à l'AVPF ne devrait pas être soumise à des conditions de ressources spécifiques supplémentaires, plus restrictives⁴⁶⁹ que celles des prestations familiales qui y donnent accès. Le coût de la suppression de ces conditions de ressources spécifiques, évalué à 800 M€ en 2040 et 1,6 Md€ à très long terme selon le rapport Fragonard de 2015⁴⁷⁰, devrait être contrebalancé en ajustant d'autres paramètres du dispositif.

Pour ne pas écarter durablement les mères du marché du travail et favoriser ainsi la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle, le rapport Fragonard avait proposé que l'affiliation à l'AVPF pour les parents d'au moins trois enfants de plus de trois ans, au titre du complément familial, cesse au sixième anniversaire du benjamin. L'abaissement de l'âge de la scolarité obligatoire de six à trois ans en 2019 justifierait aujourd'hui de supprimer l'AVPF au titre du complément familial. L'impact à la retraite pour les assurés qui ne bénéficieraient plus de l'AVPF au titre du complément familial pourrait être limité par l'intervention du

⁴⁶⁹ En outre, ces conditions de ressources du ménage peuvent exclure du bénéfice de l'AVPF des femmes dont le mari a des revenus élevés mais qui, au moment de la retraite, se retrouvent seules.

⁴⁷⁰ *Les droits familiaux de retraite*, Bertrand Fragonard, février 2015.

minimum vieillesse et des minima de pension. Une telle réforme entraînerait immédiatement des économies pour la Cnaf et, de manière équivalente, des ressources en moins pour la Cnav (baisse des cotisations de l'ordre de 2 Md€), alors que les économies de pensions pour la Cnav monteraient en charge très progressivement.

Des ajustements techniques à prévoir

L'affiliation à l'AVPF des personnes isolées mériterait d'être conditionnée aux revenus professionnels, comme c'est le cas pour les personnes en couple.

La loi prévoit qu'une personne ne peut être affiliée à l'AVPF si elle bénéficie de trimestres pour congé parental, acquis au titre du même enfant et pour la même période⁴⁷¹. En pratique, cette disposition législative n'est toutefois pas appliquée en raison de l'automatisme de l'affiliation à l'AVPF. Pour éviter ce cumul, les règles d'affiliation à l'AVPF devraient être aménagées. L'assuré devrait être informé lors de la notification du droit AVPF que ce dernier est conditionné à l'absence de trimestres de retraite pour congé parental au moment de la liquidation de la pension.

Des reports de salaire au compte du bénéficiaire de l'AVPF, en lien avec le salaire antérieur de l'assuré (lorsqu'il existe) plutôt que sur la base du Smic, pourraient être étudiés.

2 - Des ajustements et des harmonisations nécessaires en ce qui concerne les majorations de durée d'assurance et de pension

Pour tous les régimes de retraite, le nombre de trimestres de majoration de durée d'assurance attribués au titre de la maternité devraient être de deux, comme actuellement dans les régimes de la fonction publique, et ces trimestres devraient être pris en compte dans les calculs de la durée d'assurance tous régimes et de la durée validée dans le régime, comme actuellement au régime général.

L'attribution de trimestres au titre de l'éducation devrait être individualisée par parent, alors qu'elle n'est aujourd'hui attribuée que si les deux parents justifient d'une durée d'assurance d'au moins deux ans auprès d'un régime de retraite.

⁴⁷¹ Article L. 381-1 du CSS. Ce principe s'applique aussi aux trimestres de retraite liés aux congés des fonctionnaires pour élever son enfant (article L. 9 du code des pensions civiles et militaires de retraite).

Les majorations pour enfants devraient également être harmonisées entre les régimes et étendues aux professions libérales qui n'en bénéficient pas aujourd'hui.

L'harmonisation nécessaire des majorations pour enfants

Le critère en vigueur dans les régimes de fonctionnaires (éducation pendant au moins neuf ans jusqu'aux 20 ans de l'enfant) pourrait être étendu à tous les régimes, sans conditionner le versement de la majoration à l'âge des enfants, qui est source de complexité en gestion et de mauvaise information des assurés. Le cas des enfants décédés précocement devrait faire l'objet d'un traitement spécifique au moment du décès de l'enfant, et non au moment du départ à la retraite comme au régime général.

Le taux de la majoration pour enfants (MPE) pourrait être uniformisé à hauteur de 10 % quel que soit le nombre d'enfants au-delà de trois, ce qui irait dans le sens de la réforme de 2012 à l'Agirc et mettrait fin au surcroît de MPE dans les régimes spéciaux, dont ceux de la fonction publique.

Enfin, dans une même perspective d'harmonisation entre régimes, le principe d'un plafonnement de la MPE, tel qu'il existe aujourd'hui à l'Agirc-Arrco, pourrait être étudié. Le plafonnement devrait alors porter sur le montant total des MPE versées à chaque retraité (régimes de base et complémentaires), ce qui nécessiterait que les régimes se coordonnent.

3 - Une réforme d'ensemble pour simplifier et rendre le dispositif plus cohérent et lisible

Une réforme d'ensemble pourrait viser à simplifier et à harmoniser les droits familiaux, tout en recherchant à mieux compenser, à la retraite, les pertes de salaire liées aux enfants, principalement pour les générations de femmes, mieux insérées sur le marché du travail, qui vont arriver à la retraite.

Des attributions de trimestres à réajuster

Les attributions de trimestres, non liées à une interruption d'activité, pourraient être supprimées. Les interruptions ou réduction d'activité dans les trois premières années de l'enfant (congé maternité, congé parental d'éducation, dispositifs spécifiques aux fonctionnaires, etc.) resteraient compensées sous forme de trimestres de retraite, mais supprimés au-delà des trois ans de l'enfant, en cohérence avec les conclusions de l'analyse faite par la Cour du dispositif de la Prépare⁴⁷².

⁴⁷² Voir le chapitre VIII précité du présent rapport.

Les effets sur les droits à la retraite des moindres salaires liés aux périodes d'interruption ou réduction d'activité durant les trois premières années de l'enfant pourraient être mieux compensés.

Des salaires à porter au compte au titre des trimestres pour enfant

Le principe de salaire porté au compte⁴⁷³, existant aujourd'hui seulement dans le cadre de l'AVPF (à hauteur du Smic) et du congé maternité (à hauteur de 125 % des indemnités journalières de maternité), pourrait être généralisé à toutes les périodes d'interruption ou réduction d'activité durant les trois premières années de l'enfant donnant droit actuellement à des trimestres de retraite⁴⁷⁴.

Les partenaires sociaux pourraient être invités, au titre du régime Agirc-Arrco, à harmoniser les règles d'attribution de points relatives à ces périodes avec les règles du régime général.

Pour compenser, à la retraite, l'impact des enfants sur les salaires ultérieurs des mères, quel que soit le secteur d'activité, une majoration de pension au titre de chaque enfant, étendue à tous les régimes de base et complémentaires, pourrait en outre être attribuée aux mères. Comme les pensions de retraite sont proportionnelles aux revenus d'activité, elle serait proportionnelle au montant de la pension (de l'ordre de 5 % dans le secteur privé). Il conviendrait d'examiner, au regard des textes européens, la possibilité d'attribuer cette majoration à la mère au titre de la grossesse et de l'accouchement afin de satisfaire aux principes d'égalité de traitement des femmes et des hommes.

Des droits spécifiques pour les parents de famille nombreuse et une redistribution vers les plus faibles pensions seraient aussi à envisager.

Des majorations de pension à mieux cibler

La majoration de pension servie à partir du troisième enfant pourrait être augmentée et, dans un double objectif de redistribution vers les plus faibles pensions et d'économies, le montant total de la majoration de pension, y compris le surcroît de majoration à partir du troisième enfant, versé par tous les régimes d'affiliation de l'assuré, pourrait être plafonné ou calculé en fonction d'un taux décroissant avec le montant total de la pension.

*
**

⁴⁷³ En référence au dernier salaire, à l'indemnité éventuellement perçue ou, à défaut, au Smic, selon le degré souhaité de compensation et les dépenses affectées au dispositif.

⁴⁷⁴ Les salaires portés au compte permettraient de valider des trimestres selon les règles de droit commun. Le cas échéant, des cotisations pourraient être apportées par un tiers (FSV ou Cnaf), calculées en fonction de ces salaires et des taux de cotisation en vigueur.

En dehors les dispositions en faveur des plus faibles pensions, une telle réforme serait proche de celle qui était envisagée par le législateur dans le cadre du système universel de retraite, et dont l'étude d'impact montrait que les masses financières des droits familiaux auraient été de niveau similaire, voire un peu inférieur au-delà de 2040, à celles sans réforme.

Des simulations seraient toutefois nécessaires pour calibrer les paramètres, à enveloppe financière donnée, et évaluer les effets de la réforme sur les assurés et les régimes. Une partie des économies éventuelles pourraient être réorientée vers les politiques de conciliation entre vie familiale et vie professionnelle, ce qui réduirait à l'avenir l'impact de l'arrivée des enfants sur les carrières des mères et, en conséquence, le montant de la majoration de pension envisagée.

À l'instar des réformes de la MDA, si elle ne s'appliquait qu'aux nouvelles naissances, dès 2022, la réforme aurait de premiers effets sur les pensions vers 2045 et un impact complet à partir des générations nées au début des années 2000, qui partiront à la retraite dans les années 2060.

Une accélération de ce calendrier préservant les droits des générations proches de la retraite supposerait de revoir, précisément, les droits attachés à des enfants déjà nés. Si la réforme s'appliquait à partir de la génération 1970 et pour les enfants nés à partir de 2000, sa montée en charge se ferait en diminuant progressivement le nombre de trimestres de MDA par enfant, à partir des enfants nés en 2000 et en l'annulant pour les enfants nés à partir de 2022, en diminuant de façon analogue le pourcentage de majoration de la MPE, à partir des troisièmes enfants nés en 2000 et en l'annulant pour ceux nés à partir de 2022. Enfin, serait augmentée parallèlement la nouvelle majoration de pension par enfant, qui atteindrait sa valeur cible pour les enfants nés à partir de 2022.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La plupart des droits familiaux de retraite ont été mis en place il y a cinquante ans ou plus, dans un contexte familial marqué par une faible participation des mères au marché du travail, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui.

Leur mise en œuvre présente en outre plusieurs limites. Ainsi, l'assurance vieillesse des parents au foyer, qui accorde des droits au régime général quel que soit le régime d'affiliation du bénéficiaire, peut conduire à accorder un nombre très élevé de trimestres de retraite à des mères inactives. Les majorations de durée d'assurance et les majorations de pension pour enfant sont attribuées selon des modalités très variables d'un régime à l'autre, ce qui conduit à des disparités entre les avantages financiers que peuvent en retirer les assurés. De plus, les majorations de durée d'assurance dont les effets sur le montant des pensions sont difficiles à anticiper, conduisent à attribuer des trimestres de retraite aux mères en nombre supérieur à celui des trimestres consacrés à l'éducation de leurs enfants et posent des questions de coordination entre les régimes. Il apparaît nécessaire de recentrer ces droits familiaux sur des objectifs explicites, de les simplifier et de rechercher une meilleure harmonisation entre les différents régimes de retraite.

Une réforme d'ampleur, sans dépenses supplémentaires, viserait principalement à compenser, de manière plus ajustée (i.e. moins de trimestres, plus de majoration de pension), l'impact sur les droits à retraite des interruptions d'activité liées à l'éducation des jeunes enfants, notamment pour les pensions les plus faibles, tout en préservant des droits spécifiques à partir de trois enfants.

Des ajustements techniques sont en tout état de cause indispensables. La Cour formule ainsi les recommandations suivantes (ministère chargé de la sécurité sociale) :

- 25. étudier, en évaluant son impact financier, la possibilité que la condition d'affiliation de deux ans minimum à un régime d'assurance vieillesse pour l'octroi de la MDA au titre de l'éducation ne porte que sur le seul parent bénéficiaire de ce droit individuel ;*
- 26. afin de simplifier l'accès aux droits, établir par voie réglementaire une liste exhaustive des justificatifs de la condition d'éducation et de charge des enfants, lorsque cette condition est exigée pour bénéficier de la majoration de pension pour parents d'au moins trois enfants ;*

27. *conduire à son terme le projet de constitution d'une base de données relatives aux enfants dans le répertoire de gestion des carrières unique (RGCU), dès 2022 s'agissant des informations relatives aux enfants nés antérieurement et à compter de 2024 s'agissant de celles relatives aux naissances intervenues à compter de la première de ces deux dates ;*
 28. *prévoir un droit conditionnel d'affiliation à l'AVPF afin de respecter le principe de non-cumul entre les trimestres d'AVPF et les trimestres de retraite compensant les interruptions d'activité dans la limite de trois ans par enfant prévus aux articles L. 351-5 du code de la sécurité sociale et L. 9 du code des pensions civiles et militaires de retraite.*
-

Troisième partie

**Des mesures récentes
au bilan contrasté**

Chapitre VIII

La prestation d'accueil du jeune enfant

(Paje) : des objectifs inégalement

atteints, une cohérence à restaurer

PRÉSENTATION

Créée en 2004 pour regrouper plusieurs prestations existantes sous un même intitulé, la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) se compose d'aides en espèces destinées aux familles accueillant de jeunes enfants, depuis la naissance ou l'adoption et jusqu'à l'âge de six ans. En 2021, deux millions de familles ont bénéficié d'au moins une de ces aides financières, pour un coût de 10,8 Md€.

La Paje représente un tiers du montant des prestations familiales servies par la branche famille et un tiers de l'effort consenti par l'État, la sécurité sociale et les collectivités locales en faveur de la politique d'accueil du jeune enfant. Elle comporte trois prestations soumises à condition de ressources visant à alléger la charge liée, pour la famille, à l'entretien d'un jeune enfant (les primes à la naissance et à l'adoption et l'allocation de base) et deux dispositifs visant à faciliter la conciliation entre la vie professionnelle et la vie familiale, le complément de libre choix du mode de garde (CMG) et la prestation partagée d'éducation de l'enfant (Prépare). Modulé selon les revenus et la composition de la famille, le CMG permet de solvabiliser la garde d'un enfant par un assistant maternel, une garde d'enfant à domicile ou une structurée agréée, tandis que la Prépare indemnise, de manière forfaitaire, la suspension de l'activité professionnelle de l'un, ou des deux parents successivement.

Le présent examen de la Paje s'inscrit dans le prolongement des travaux qu'a réalisés la Cour, en 2020⁴⁷⁵, sur l'évolution des prestations légales de la branche famille et sur l'action sociale de celle-ci, dont une large part soutient des crèches au travers de la prestation de service unique (PSU) financée par le fonds d'action sociale (Fnas).

Il montre que la dépense globale au titre de la Paje s'est fortement réduite depuis 2014 sous l'effet de la baisse du nombre des naissances et surtout, d'un resserrement des conditions d'octroi et d'une désaffection croissante à l'égard de la Prépare (I).

Des résultats en demi-teinte du dispositif de libre choix du mode de garde, en raison de disparités persistantes en matière d'accès aux solutions de garde et de restes à charge pour les familles, et l'échec de la Prépare invitent à donner plus de cohérence et de lisibilité au dispositif public (II).

⁴⁷⁵ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 2020.

I - Un dispositif complexe, des dépenses en baisse

La prestation d'accueil du jeune enfant (Paje), créée en 2004 pour simplifier le système d'aides en espèces destiné aux familles accueillant de jeunes enfants⁴⁷⁶, concerne en 2021 deux millions d'allocataires pour 10,8 Md€ d'aides, soit un tiers des prestations familiales versées par la branche famille. Sa complexité reflète la diversité des objectifs qui lui ont été assignés (A).

Les dépenses au titre de la Paje ont baissé, depuis 2014, à un rythme deux fois supérieur à celui du nombre des naissances, à la suite de réformes successives. La part des prestations de la Paje reçues par les familles modestes apparaît limitée (B).

A - Des prestations juxtaposées aux objectifs différents

La Paje est composée de prestations dont la complexité s'est accrue et constitue une composante majeure des politiques sociales et fiscales en faveur des familles.

1 - Une prestation composite et complexe, composante importante du système d'aides socio-fiscales à la famille

La Paje regroupe trois prestations soumises à condition de ressources qui complètent les revenus du ménage et deux prestations universelles aidant les parents à concilier vie professionnelle et vie familiale⁴⁷⁷.

⁴⁷⁶ « L'instauration de cette prestation répond à la volonté du Gouvernement de simplifier et d'améliorer significativement l'aide apportée aux parents de jeunes enfants pour concilier leur vie familiale et professionnelle. » Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale.

⁴⁷⁷ Ces prestations ont remplacé l'allocation parentale d'éducation (APE), l'allocation pour le jeune enfant (APJE), l'allocation à l'adoption (AAD), l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (Afeama) et l'allocation de garde d'enfant à domicile (Aged). Au même moment, le complément de libre choix d'activité (CLCA) était fusionné avec le complément optionnel de libre choix d'activité (Colca), avant d'être remplacé, en 2014, par la Prépare.

Les composantes de la Paje : des objectifs et des conditions d'éligibilité différents

La Paje est composée des prestations suivantes, dont certaines peuvent être cumulées par un même bénéficiaire.

La prime à la naissance est une prestation forfaitaire (1 008,99 €⁴⁷⁸) versée, sous condition de ressources⁴⁷⁹, en une seule fois au cours du septième mois de grossesse depuis le 1^{er} avril 2021. La prime à l'adoption⁴⁸⁰, d'un montant double, est destinée aux familles qui adoptent ou accueillent pour adoption un enfant âgé de moins de 20 ans. Le coût de ces deux primes, versées à environ 523 000 familles, était de 0,7 Md€ en 2021.

L'allocation de base est une prestation d'entretien sous condition de ressources versée pendant les trente-six premiers mois de l'enfant. Elle comprend un taux plein (182,91 €⁵) et un taux partiel (91,46 €⁵). Elle bénéficiait, en 2021, à 1,5 million de familles, pour un coût de 3,0 Md€.

Le complément de libre choix du mode de garde (CMG) compense en partie, les dépenses liées à la garde d'un enfant par un assistant maternel, par une garde d'enfant à domicile ou en micro-crèche. La situation du foyer, notamment, est prise en compte au travers d'une modulation des montants selon trois tranches de revenus. Le CMG est versé à environ 874 000 familles, pour un coût de 6,4 Md€ en 2021,

La prestation partagée d'éducation de l'enfant (Prépare), qui correspond généralement au « congé parental », est versée aux parents qui interrompent ou réduisent leur activité professionnelle pour s'occuper d'un enfant de moins de trois ans. La Prépare s'est substituée au complément de libre choix d'activité (CLCA) en 2015⁴⁸¹, en modifiant les durées de perception de la prestation (cf. *infra*). Forfaitaire, son montant mensuel est différencié selon la quotité d'activité : 424,33 € en cas de cessation totale d'activité, 274,31 € pour une activité inférieure à un mi-temps et 158,23 € pour un temps partiel allant de 50 % à 80 %. La Prépare a été versée à 228 000 bénéficiaires en 2021, pour un coût de 0,8 Md€.

⁴⁷⁸ Montants mensuels et après précompte de la CRDS, au 1^{er} avril 2022.

⁴⁷⁹ 42 978 € pour un couple avec un enfant à charge et deux revenus ou un parent isolé, en 2022.

⁴⁸⁰ Dans la suite du développement, « prime à la naissance » désigne également, sauf indication contraire, la prime à l'adoption.

⁴⁸¹ En application de la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les hommes et les femmes.

a) Une baisse continue du nombre des bénéficiaires de la Paje

Le nombre des bénéficiaires d'au moins une prestation de la Paje a baissé de 14,3 % depuis 2014, pour s'établir à un peu moins de deux millions. La dépense globale s'est réduite, durant la même période, de 16,9 %.

Tableau n° 28 : évolution du nombre des bénéficiaires de la Paje et de la dépense totale (2014-2021)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Évol.
Nombre de bénéficiaires (milliers)	2 303	2 205	2 163	2 081	2 145	2 087	2 008	1 974	- 14,3 %
Allocation de base	1 881	1 805	1 761	1 709	1 686	1 619	1 555	1 501	- 20,2 %
Prime de naissance*	600	588	564	576	564	552	564	523	- 12,8 %
CLCA/Prépare	495	455	411	279	290	273	255	228	- 53,9 %
CMG	863	862	861	836	928	910	845	874	+1,3 %
Dépense (Md€)	13,0	12,5	12,4	11,9	11,5	11,2	10,5	10,8	- 16,9 %
Dépense/bénéficiaire	5 645	5 669	5 733	5 718	5 361	5 367	5 229	5 494	- 2,7 %

Sources : Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (Repss) 2020 et 2021 (bénéficiaires) et Cnaf (dépenses). Champ : France entière, tous régimes

* La Cour a annualisé (x12) les données relatives à la prime à la naissance et à l'adoption figurant dans les Repss, qui sont celles du seul mois de décembre avant 2018, et celles de juin ensuite.

b) La coexistence de dispositifs fiscaux aux objectifs proches

Plusieurs dispositifs fiscaux contribuent, en plus du quotient familial, à alléger la charge financière liée à l'accueil et à l'entretien de l'enfant.

Trois ont un effet direct sur les ressources des parents : l'exonération des prestations familiales de l'assiette des revenus imposables (0,63 Md€ au titre de la Paje) ; le crédit d'impôt pour frais de garde d'enfants de moins de six ans (1,16 Md€ en 2020) ; le crédit d'impôt au titre de l'emploi d'un salarié à domicile (environ 0,2 Md€ pour la garde d'enfants).

Deux autres contribuent à réduire, de manière indirecte, le coût de la garde formelle pour les parents : le régime spécial d'imposition des assistants maternels et des assistants familiaux (0,65 Md€) et le crédit d'impôt destiné aux entreprises⁴⁸² qui réservent des places de garde pour

⁴⁸² 13 703 entreprises en bénéficiaient en 2020.

les enfants de leurs salariés (0,15 Md€). S’y ajoute la déduction forfaitaire au titre des cotisations patronales de sécurité sociale de deux euros par heure⁴⁸³, pour la garde à domicile (environ 0,1 Md€).

La coexistence de ces aides fiscales et sociales avec le dispositif de la Paje rend difficile, pour les familles, l’appréciation de leur incidence sur le coût final des solutions de garde.

Des spécificités dans les outre-mer

La Paje est versée à la Martinique, la Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, La Réunion et en Guyane dans les mêmes conditions qu’en Métropole, même si certaines règles de cumul prennent en compte les spécificités ultramarines concernant les allocations familiales (servies dès le premier enfant) et le complément familial⁴⁸⁴. La Paje n’est pas applicable à Mayotte, à l’exception du CMG à compter du 1^{er} juillet 2022.

2 - Un dispositif dont la complexité s’est accrue

a) Une instabilité du cadre réglementaire

L’accès aux droits suppose la connaissance, par les allocataires, des conditions d’éligibilité et des montants de droits attendus. Or, la Paje est devenue moins lisible au fil des ajustements apportés depuis près de dix ans.

En témoigne le nombre de plafonds de ressources figurant dans l’instruction annuelle de revalorisation des plafonds de ressources des prestations familiales, qui comportait, en 2021⁴⁸⁵, six tableaux relatifs à la Paje (deux en 2014⁴⁸⁶) et cinquante-six plafonds de ressources différents (vingt en 2014) selon la situation familiale et les prestations concernées, tandis que le nombre des montants de prestations Paje y passait de vingt à trente-neuf.

Les simulateurs mis à la disposition des bénéficiaires, encore peu ergonomiques, ne peuvent traiter toutes les situations individuelles, en particulier les cas fréquents de recours à plusieurs modes de garde par une même famille. Cette question de l’accès aux droits est ancienne. Selon la dernière enquête Emblème de la Cnaf (2016), seules 41 % des familles concernées connaissaient la Prépare, deux ans après son entrée en vigueur.

⁴⁸³ Art. 99 de la loi n° 2015-1786 du 29 décembre 2015 de finances rectificative pour 2015. Cette déduction s’applique à toutes les activités de service à la personne soumises à agrément.

⁴⁸⁴ Servi aux familles ayant un enfant âgé de trois à cinq ans et non, comme en métropole, aux familles modestes ayant au moins trois enfants âgés de trois à vingt-et-un ans.

⁴⁸⁵ Instruction interministérielle n° DSS/SD2B/2020-226 du 14 décembre 2020.

⁴⁸⁶ Circulaire interministérielle n° DSS/SD2B n° 2013-416 du 19 décembre 2013.

Depuis lors, et particulièrement pendant la crise sanitaire, la Cnaf et la MSA ont renforcé l'information en direction des familles, ainsi que l'accueil et l'accompagnement personnalisé des allocataires.

*b) L'enjeu de la dématérialisation et des interconnexions
entre les systèmes d'information des organismes*

Les caisses gestionnaires sont également confrontées à la complexité de la Paje, qui favorise les erreurs et la fraude. Dans le cadre de sa mission de certification des comptes du régime général⁴⁸⁷, la Cour relève que ces risques sont insuffisamment couverts par les dispositifs de contrôle interne.

La Paje ne compte pas parmi les prestations sur lesquelles se concentrent les taux de fraude détectée élevés⁴⁸⁸, mais les risques associés sont réels⁴⁸⁹, liés aux déclarations concernant la composition familiale, la situation de parent isolé, ou encore la dissimulation d'activité rémunérée par les parents ou la réalité du service fait ouvrant droit au CMG. Au regard de ces risques, les montants des fraude détectées ou évitées par la Cnaf et la MSA – respectivement de l'ordre de 0,7 et 0,1 M€ en 2019 – apparaissent modestes, rapportés aux montants de prestations versés.

Pour autant, la dématérialisation contribue à simplifier et à sécuriser le traitement de certaines données. La télédéclaration de grossesse assure aux organismes une connaissance précoce et systématique de l'arrivée d'un enfant dans le foyer. Déjà possibles pour le CMG, des télé-procédures sont en préparation pour la Prépare. Le service Pajemploi du réseau des Urssaf, qui s'est substitué en 2019 aux CAF et aux caisses de la MSA pour calculer et verser le CMG aux parents employeurs et pour reverser à l'Acoss les cotisations sociales prélevées sur le CMG⁴⁹⁰, a souffert de l'insuffisante interconnexion des systèmes d'information avec ses partenaires.

⁴⁸⁷ Article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières.

⁴⁸⁸ 10 % environ des montants versés au titre du RSA correspondent à des indus frauduleux, ou 6,2 % pour la prime d'activité. Le taux n'est que de 0,2 % pour la prestation d'accueil du jeune enfant. Cf. Cour des comptes, *La lutte contre les fraudes aux prestations sociales*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, septembre 2020.

⁴⁸⁹ Une fraude concertée de 1 200 fausses déclarations de grossesse a été détectée en 2018. Cf. rapport précité : *La lutte contre les fraudes aux prestations sociales, 2020*.

⁴⁹⁰ Les familles n'ont plus à faire l'avance des cotisations. Le service propose aussi aux employeurs, au travers de l'option Pajemploi+, d'assurer le versement du salaire, l'édition puis l'envoi au salarié des bulletins de salaire (le service Pajemploi établit le bulletin de salaire et le met à disposition du salarié).

B - Une baisse continue des montants versés, des effets redistributifs limités

La baisse du nombre des naissances et une succession de réformes ayant conduit à resserrer les conditions d'octroi de plusieurs des composantes de la Paje sont à l'origine d'une baisse très sensible de la dépense depuis 2014. Les prestations accordées sous conditions de ressources ne représentent qu'un tiers des montants versés, ce qui explique le faible caractère redistributif de la Paje.

1 - Une réduction régulière de la dépense, sous l'effet de la démographie et des réformes

Entre 2014 et 2021, le nombre d'enfants de moins de trois ans a reculé de 8,5 %, celui des allocataires de la Paje de 14,3 % et la dépense de 16,9 %, passant de 13,0 à 10,8 Md€⁴⁹¹.

a) Une réduction de la dépense qui s'explique pour près de la moitié par la baisse du nombre des naissances

L'évolution de la dépense s'explique, en premier lieu, par la baisse du nombre de naissances, passé de 819 000 en 2014 à 742 500 en 2021 (- 9,3 %). Le nombre des enfants de moins de trois ans s'est réduit d'environ 210 000 (2,25 millions, contre 2,46 en 2014) et celui des moins de six ans de 340 000 (4,56 millions, contre 4,94 en 2014). Ces évolutions sont à l'origine d'environ un tiers de la réduction de la dépense de Paje, soit 916 M€ sur 2,7 Md€ de baisse durant la période 2014-2020.

Le nombre des bénéficiaires de prestations de la Paje s'est réduit de 329 000, d'autres facteurs que la baisse des naissances ayant joué en ce sens. Ainsi, le recul de l'âge moyen des mères ayant accouché dans l'année (30,9 ans en 2021, contre 30,3 ans en 2014⁴⁹²) et le fait que le niveau de salaire augmente avec l'âge ont contribué à réduire le nombre des familles éligibles aux prestations de la Paje sous condition de ressources et à réduire les montants versés par le jeu des tranches de revenus du CMG.

⁴⁹¹ Jusqu'à la crise sanitaire (de 2014 à 2019), ces taux étaient, respectivement, de 5,9 %, 12,8 % et 13,7 %.

⁴⁹² Insee, *Âge moyen de la mère à l'accouchement*, Chiffres-clés, 18 janvier 2022.

b) Des économies significatives résultant d'une succession de réformes et d'ajustements des conditions d'octroi

À l'exception de mesures visant les familles monoparentales et celles avec des enfants en situation de handicap (cf. *infra*), une succession d'ajustements de la Paje ont conduit à réduire ou à freiner la dépense.

Les principaux changements ont été la scission selon deux montants (taux plein et taux partiel) de l'allocation de base en 2014 et, la même année, le caractère plus restrictif des conditions d'accès à l'indemnisation du congé parental (Prépare), puis, en 2018, l'alignement des plafonds et des montants de l'allocation de base à taux plein et des plafonds de la prime à la naissance sur ceux, inférieurs, du complément familial.

La Cour a recensé vingt-six modifications⁴⁹³ des paramètres de la Paje de 2014 à 2021⁴⁹⁴ et a relevé les effets attendus de ces mesures sur la dépense pour chacune de ces années, évalués *ex ante* par l'administration.

Tableau n° 29 : effets attendus *ex-ante* des mesures nouvelles sur le niveau de la dépense (2014-2021)

<i>M€ courants</i>	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<i>Prime de naissance</i>	- 12	- 256	- 17	- 17	- 33	- 44	- 44	128
<i>Allocation de base</i>	- 51	- 192	- 288	- 367	- 444	- 642	- 813	- 940
<i>CLCA/Prépare *</i>	- 69	- 290	- 545	- 907	- 1 161	- 1 221	- 1 275	- 1 373
<i>CMG</i>	- 6	- 17	- 27	- 45	- 60	- 34	- 35	70
<i>BMAF</i>	0	0	0	0	0	- 57	- 121	- 139
<i>Total</i>	- 138	- 755	- 877	- 1 336	- 1 699	- 1 998	- 2 288	- 2 254

Source : Cnaf, calculs Cour des comptes

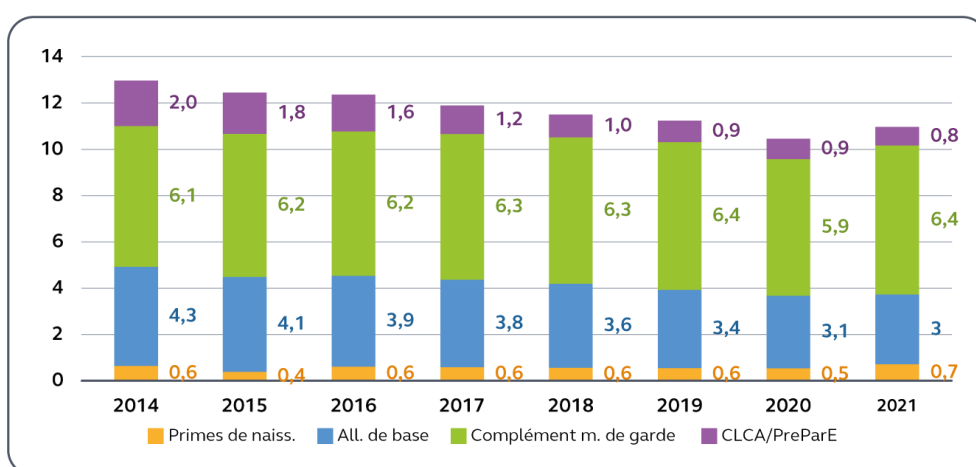
* Pour la Prépare, la Cour a retenu, en l'absence d'évaluation *ex ante* disponible, les montants de baisse effective sur la période. Les économies correspondent aux effets cumulés attendus par rapport à 2013.

⁴⁹³ Par exemple, les plafonds de base de ressources ont diminué depuis le 1^{er} janvier 2014 : de - 23,3% (AB à taux plein, - 10,5% (AB à taux partiel), - 8,35% (prime à la naissance) et de - 2,97% (CMG – tranche 1 pour 3 enfants à charge).

⁴⁹⁴ En parallèle, une évolution des plafonds de ressources conditionnant l'accès aux prestations de la Paje et de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF) moins rapide que l'inflation hors tabac et que le salaire moyen par tête (SMPT) a contribué à contenir la dépense. De 2014 à 2022, la BMAF a augmenté de 4,6,7 %, l'inflation hors tabac de 7,2 % et le SMPT de 13,5 %.

Comme le montre ce récapitulatif, l'effet attendu des modifications des règles d'attribution et de revalorisation des prestations de la Paje était le plus souvent de moindres dépenses⁴⁹⁵. La réduction des montants de prestations versés au titre de la Paje depuis 2014 a concerné la plupart de ses composantes, sauf pour le CMG, qui a connu une augmentation régulière jusqu'en 2019⁴⁹⁶.

Graphique n° 18 : évolution de la dépense Paje (2014-2021, Md€)



Sources : Cnaf et CCSS ; champ : France entière, tous régimes, en droits constatés

La commission des comptes de la sécurité sociale a évalué à 48 % et 52 %, respectivement, les parts résultant de la démographie et des mesures nouvelles dans la baisse de dépense de la Paje (hors Prépare) entre 2014 et 2018⁴⁹⁷.

En prenant en compte la Prépare, l'effet des réformes et des modifications de comportement, comme le reflux des gardes en 2020 pendant les périodes de confinement, explique, selon une estimation de la Cour, près des deux tiers de la baisse des dépenses de la Paje depuis 2014.

⁴⁹⁵ À partir du montant de dépense effective de 2013 (13,1 Md€), la prise en compte des effets de ces mesures évalués *ex-ante* conduirait à une dépense de 10,8 Md€ en 2021, année pour laquelle la dépense observée a été égale à ce montant.

⁴⁹⁶ Avant de fléchir en 2020 du fait de la crise sanitaire.

⁴⁹⁷ Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, *Les comptes de la sécurité sociale*, juin 2019.

2 - Des effets redistributifs limités et variables selon les prestations

Les prestations versées au titre de la Paje sont accordées, pour une large part, sans conditions de ressources. Aussi des mesures ciblées ont-elles visé les familles modestes ou fragiles.

a) Des effets redistributifs globalement peu marqués

Les prestations de la Paje ont vocation à participer à une redistribution horizontale – entre foyers sans enfants et foyers avec enfants – et à une redistribution verticale au bénéfice des familles modestes⁴⁹⁸. Or, comme le souligne le rapport d'évaluation des politiques publiques « Famille » annexé au PLFSS 2022, les prestations destinées à l'accueil des jeunes enfants « *ne participent pas, prises dans leur ensemble, à la réduction des inégalités de niveau de vie* », les 50 % de familles au niveau de vie le plus élevé bénéficiant de 65 % des prestations (2020).

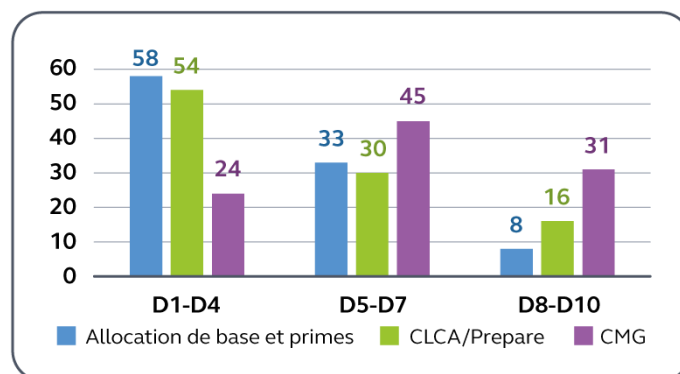
Cette faible participation de la Paje à la redistribution vers les familles aux revenus les plus bas⁴⁹⁹ tient principalement au fait que les prestations soumises à conditions de ressources – primes à la naissance et à l'adoption et allocation de base – ne représentent qu'un tiers de la dépense totale de la Paje, soit 3,7 Md€, contre 7,2 Md€ pour le CMG et la Prépare en 2021.

La comparaison de la répartition des dépenses par décile de niveau de vie entre le CMG et l'allocation de base est éclairante à cet égard. Ainsi, les ménages des quatre déciles de niveau de vie les plus bas ont reçu 58 % des montants de l'allocation de base et de la prime à la naissance, contre 8 % pour les trois déciles les plus élevés. À l'inverse, ils ont reçu 24 % des montants de CMG, contre 45 % pour les trois déciles suivants et 31 % pour les trois déciles les plus élevés.

⁴⁹⁸ Cette double redistribution figure parmi les indicateurs d'objectifs (2.1. et 2.-2) du rapport d'évaluation des politiques publiques « Famille » annexé au PLFSS. Elle sous-tend l'ensemble des aides sociales et fiscales concernant les familles

⁴⁹⁹ En 2019 et au niveau du seuil de pauvreté, deux prestations améliorent le revenu disponible d'un euro chacune (prime de naissance et Prépare) et l'allocation de base l'améliore de six euros (contre, respectivement, deux, trois et six euros en 2013).

Graphique n° 19 : répartition des montants d'allocation de base, de CMG et de Prépare par déciles de niveau de vie (2019, en %)



Source : DRESS. Données ERF5 2014-2019 redressées à partir des masses comptables (CCSS)

b) Des mesures en faveur des familles modestes ou fragiles

Plusieurs évolutions de la Paje ont concerné les familles les plus modestes et, en particulier, les familles monoparentales. Ces dernières, dans lesquelles vivent un enfant de moins de trois ans sur huit, se situent pour 47 % d'entre elles dans les deux plus bas déciles de revenus, et pour 84 % dans les cinq premiers déciles. Le taux de pauvreté des enfants, qui est de 21 % pour l'ensemble des familles, atteint 40,5 % pour ceux vivant avec un seul parent.

Aussi ces familles ont-elles fait l'objet de mesures destinées à accroître le soutien que leur apporte la Paje, pour un coût de 130 M€ (2019). Une majoration pour isolement rehausse ainsi le plafond de ressources et le montant du CMG, respectivement de 40 et de 30 %, et le plafond de ressources de l'allocation de base est, pour ces familles, accru de 40,2 %.

Dans ce contexte, les rapports d'évaluation des politiques publiques « *Famille annexés* » aux PLFSS pourraient utilement présenter l'évolution de la répartition des prestations versées au titre de la Paje selon le niveau de vie des allocataires.

II - Une indemnisation du congé parental à réformer, un soutien financier pour la garde externe à ajuster

L'indemnisation de la suspension d'activité pour garde d'enfant repose sur un dispositif complexe, peu attractif financièrement et décalé désormais par rapport aux aspirations des parents (A). L'aide financière à la garde externe n'empêche pas des restes à charge élevés pour certains parents, au point de rendre peu accessibles certaines solutions de garde (B).

A - L'indemnisation de la suspension d'activité par la Prépare : une réforme en échec

Créée par la loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les hommes et les femmes pour remplacer le CLCA, la Prépare indemnise, sans condition de ressources, le parent qui suspend son activité professionnelle pour garder un enfant de moins de trois ans⁵⁰⁰.

La Prépare, un dispositif complexe et peu attractif

L'allocataire doit avoir préalablement cotisé pendant les deux dernières années pour le premier enfant, et pendant des durées plus longues pour les enfants de rang supérieur, en incluant, dans ces seuls cas, les trimestres acquis au titre du chômage ou de la formation professionnelle. Aussi, les parents d'un premier enfant ou ceux en situation professionnelle fragile y recourent moins⁵⁰¹.

La durée du versement varie selon le rang de l'enfant : 6 mois par parent au premier enfant ; 24 mois par parent aux enfants suivants, dans la limite de 36 mois par famille et en décomptant alors les congés de maternité et de paternité ; jusqu'au premier anniversaire du premier enfant d'un parent isolé et jusqu'au troisième anniversaire pour les autres.

⁵⁰⁰ La limite d'âge est de 20 ans pour un enfant adopté.

⁵⁰¹ Les parents d'un seul enfant sont seulement 12,9 % des bénéficiaires de la Prépare, alors que 36,2 % des familles ont un seul enfant (cf. Enquête annuelle de recensement de l'Insee de 2020). Les familles gagnant moins de 1 135 € par mois y recourent deux fois moins que la moyenne (2013 ou 2019), selon l'Insee.

Des variantes répondent à des situations spécifiques, mais dans des conditions telles qu'elles sont très peu utilisées, voire quasiment pas⁵⁰². Ainsi, fin 2020, moins de 1 400 familles recevaient la « Prépare intéressement » autorisant, pendant deux mois, le cumul de la rémunération d'une nouvelle activité avec une Prépare à temps plein⁵⁰³, et 650 mères d'au moins trois enfants bénéficiaient d'une « Prépare majorée »⁵⁰⁴.

Le forfait mensuel de 424,23 €, soit moins d'un tiers du Smic net, entraîne une perte de revenu en comparaison du revenu initial, qui varie, en cas d'interruption totale d'activité de la mère, de 8 % pour un ménage gagnant 1 000 € par mois à 24 % pour un ménage gagnant 4 000 € par mois⁵⁰⁵. Ces effets conduisent certains parents, sûrs de leur employabilité, à rompre leur contrat de travail pour bénéficier de l'allocation de retour à l'emploi, dont le montant est supérieur au double de celui de la Prépare.

1 - Des résultats très en retrait par rapport aux objectifs

La réforme de l'indemnisation de la suspension d'activité, introduite en 2014 dans une perspective d'égalité femmes-hommes, visait « à favoriser le retour des femmes vers l'emploi et à modifier la répartition des responsabilités parentales au sein du couple pour qu'elle ne joue plus systématiquement en défaveur des femmes »⁵⁰⁶.

a) Une absence de résultats en termes de parité

La création de la Prépare devait permettre aux pères qui le souhaitent de prendre du temps pour leurs enfants. Le Gouvernement en attendait « un résultat équivalent à celui qu'a permis le système mis en œuvre avec succès en Allemagne, où la proportion des pères prenant un congé parental a été multiplié par sept en trois ans »⁵⁰⁷, alors même que le dispositif allemand avait relevé très fortement le niveau de l'indemnisation en le proportionnant au salaire reçu avant la suspension d'activité.

⁵⁰² La « Prépare prolongée », réservée aux familles avec au moins deux enfants et dont le parent bénéficie encore de la Prépare le mois précédant les trois ans de l'enfant, couvre, au-delà des trois ans de l'enfant, la période précédant l'entrée à l'école. Elle n'était versée qu'à six familles nombreuses monoparentales fin 2020.

⁵⁰³ L'enfant doit avoir entre 18 et 29 mois ; le parent doit conserver un droit à la Prépare.

⁵⁰⁴ À 693,58 €, pour une durée limitée à huit mois, jusqu'au premier anniversaire du dernier enfant. Le long congé de maternité au troisième enfant est imputé sur cette durée, réduite de ce fait à quatre mois.

⁵⁰⁵ Calcul de la Cour à partir de cas type du rapport HCFEA - – *Voies de réforme des congés parentaux dans une stratégie globale d'accueil de la petite enfance*- Février 2019.

⁵⁰⁶ Exposé des motifs du projet de loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes (2013).

⁵⁰⁷ *Idem*.

Alors que la réforme de 2014 visait un recours à la Prépare par 25 % des pères éligibles, moins de 1 % en bénéficiaient cinq ans après. Plus encore, leur nombre a baissé, passant de 19 000, en 2014, à 15 000 en 2020.

b) Un soutien à l'emploi des femmes en-deçà des attentes

L'éloignement du marché du travail affecte durablement l'employabilité des femmes, notamment quand elles sont peu qualifiées.

La réduction de la durée d'indemnisation lors de la création de la Prépare a conduit des mères à retourner sur le marché du travail plus tôt⁵⁰⁸. Sans que cette hausse puisse être imputée à la seule Prépare, le taux d'emploi des femmes a progressé de 65 % en 2014 à 68 % en 2020, restant en tout état de cause en deçà de la cible de 70 %⁵⁰⁹.

Parmi les parents en activité avant la Prépare, 67 % réduisent leur activité ou ne la reprennent pas à l'issue de cette période, proportion proche de celle de 2014. Par ailleurs, si le différentiel de taux d'emploi entre hommes et femmes s'est réduit entre 2014 et 2020, passant de 6,5 à 5,5 points, il reste de 44 points dans une famille de trois enfants, contre cinq points dans les familles sans enfant.

c) Un dispositif décalé par rapport aux aspirations des familles, une désaffection accentuée après la réforme

Les aspirations des ménages se concentrent aujourd'hui sur la conciliation entre vie professionnelle et vie familiale. La préférence exprimée pour le maintien des femmes à la maison, auprès des enfants, qui était proche de 50 % il y a 20 ans, n'est plus que de 20 %⁵¹⁰.

Si le souhait d'une garde⁵¹¹ par l'un des parents reste fort pendant les six premiers mois de l'enfant (87 % en 2019, contre 76 % en 2015), il baisse lorsque l'enfant a entre six et douze mois (46 % en 2019, contre 40 % en 2015), puis jusqu'à trois ans (25 % en 2019, contre 17 % en 2015).

⁵⁰⁸ OFCE, *Policy brief* 88, avril 2021.

⁵⁰⁹ Cible mentionnée dans la stratégie de coordination des politiques économiques adoptée au Conseil européen du 17 juin 2010 (Stratégie « UE 2020 »). La moyenne européenne est à 66,7 %.

⁵¹⁰ Baromètres d'opinion de la Drees, 2000 à 2020.

⁵¹¹ Baromètre d'accueil du jeune enfant 2015 et 2019 (L'e-essentiel, Cnaf).

**Tableau n° 30 : nombre des bénéficiaires (milliers) et montants (M€)
de la Prépare/CLCA**

	2014	2019*	2020	2021
<i>Nbre tous régimes</i>	495	273	255	227
<i>dont : hommes</i>	19	16	15	13***
<i>dont : taux plein</i>	265	141	139	118
<i>dont : taux partiel**</i>	230	130	116	109
<i>Montants</i>	1 963	922	868	770

Source : Cnaf tous régimes (CAF, MSA, RATP, SNCF, IEG)

* Rupture de série, à partir de 2019, les données sont celles du mois de juin, contre décembre antérieurement.

** Et autres cas (couples, intéressement).

*** Régime général seulement, la donnée tous régimes pour 2021 n'étant pas disponible.

Indépendamment de la baisse du nombre d'enfants, le nombre d'allocataires a reculé régulièrement, de 3 % par an entre 2010 et 2014 et de 4 % par an de 2018 à 2020. Cette désaffection croissante fait suite au passage d'une durée de 36 mois au plus pour un parent à partir du deuxième enfant, prévue par le CLCA, à 24 mois au plus pour chaque parent au titre de la Prépare. Cette dernière évolution n'a pas augmenté le recours des pères à cette prestation⁵¹², tout en réduisant fortement le nombre des mères allocataires pendant la troisième année de l'enfant, dont la part a chuté de 20,6 % à 5,7 % pour la Prépare à taux plein⁵¹³.

En conséquence, le nombre des allocataires de la Prépare et la dépense correspondante ont été divisés par plus de deux entre 2014 et 2021.

2 - Une Prépare à recentrer sur la première année de l'enfant

L'incitation à la garde par les pères, objectif premier de la Prépare, tout comme une interruption de la baisse du taux de recours à la prestation, justifieraient de reconsidérer en profondeur ses paramètres.

⁵¹² Recours resté inchangé pour le temps plein et passé seulement de 0,7 % à 0,9 % pour le temps partiel. OFCE, *Policy brief* 88, avril 2021.

⁵¹³ Le taux de recours ne descend pas à zéro, car les mères isolées préservent les droits jusqu'à trois ans et d'autres mères bénéficient de la Prépare pour un enfant suivant.

a) Une indemnisation plus élevée pendant une période plus courte

La présence des parents est considérée comme essentielle au développement de l'enfant durant les premiers mois⁵¹⁴. Le « modèle suédois » va jusqu'à l'imposer durant la première année, l'accueil externe étant ensuite garanti⁵¹⁵. Des expériences étrangères et plusieurs rapports publics suggèrent une période d'indemnisation de la suspension d'activité allant de quatre à douze mois⁵¹⁶.

Des préoccupations largement partagées en Europe

La plupart des pays de l'Union ouvrent le congé parental aux deux parents⁵¹⁷, le plus souvent jusqu'aux trois ans de l'enfant. La Belgique, la Croatie et l'Italie le proposent simultanément aux deux parents. Sept pays ne l'indemnisent pas (Chypre, Espagne, Grèce, Irlande, Malte, Pays-Bas, Royaume-Uni) et six versent une prestation forfaitaire (France, Belgique, Hongrie pour partie, Luxembourg, Pologne, Slovaquie). Plusieurs pays optent pour un paiement proportionnel au revenu, tels que le Danemark (seize mois) ou l'Italie (dix mois).

Les réformes conduites en Allemagne (2007 et 2014) ont maintenu la durée du congé parental à trois ans en permettant de le fractionner. Elles se sont doublées de l'instauration, en 2013, d'un droit opposable au mode de garde. Entre 2006 et 2015, le taux de recours des pères est passé de 3,3 % à 35 %, et le taux d'emploi des mères de jeunes enfants de 60 % à 67 %.

Plus récemment, la directive 2019/1158 de l'Union européenne du 20 juin 2019, troisième directive sur le sujet, prescrit un congé parental individuel de quatre mois, se bornant à prescrire des modalités propres « à faciliter la prise du congé parental par les deux parents ».

⁵¹⁴ Spécialistes de l'enfant cités, notamment, par la commission « *Les 1 000 premiers jours de l'enfant* » présidée par M. Boris Cyrulnik.

⁵¹⁵ Selon une approche comparable, le rapport Damon-Heydemann d'octobre 2021 recommande de privilégier la présence des parents pendant la première année de l'enfant, la structure d'accueil socialisant l'enfant dans sa deuxième année, tandis que la troisième année préparerait la scolarisation.

⁵¹⁶ Sont ainsi évoquée quatre mois par le Haut conseil pour l'enfant, la famille et l'âge (HCEFA) ; six mois (rapport Damon-Heydemann) ; huit mois (Igas) ; neuf mois (commission « *Les 1 000 premiers jours de l'enfant* »).

⁵¹⁷ Sauf la Bulgarie et la Slovaquie.

Un tel raccourcissement de la période d'indemnisation éviterait que le parent recourant à la Prépare reste longtemps éloigné de l'emploi et favoriserait le passage à un mode de garde externe contribuant à la socialisation de l'enfant. En parallèle à une durée plus courte, le niveau de la prestation serait rehaussé, le forfait actuel ayant montré ses limites. La question du maintien d'une option longue et moins bien indemnisée, que pourraient souhaiter certains parents, se poserait dans un tel schéma.

Selon une étude récente⁵¹⁸, une revalorisation de 38 % du forfait, dont la durée serait limitée à huit mois, aurait un coût estimé à environ 400 M€. Une indemnisation pendant quatre mois, en proportion du salaire perçu avant la suspension d'activité ou calculée en référence au dispositif des indemnités journalières, aurait un coût⁵¹⁹ pouvant aller de 0,7 à 1,6 Md€ selon, notamment, les hypothèses de recours au dispositif. Ces estimations ne tiennent pas compte de dépenses actuellement supportées par l'Unédic au titre des allocations de retour à l'emploi, qui pourraient reculer du fait d'un recours accru à la Prépare.

Une telle évolution ne pourrait toutefois s'envisager que dans le cadre d'un réajustement global des différentes prestations d'accueil du jeune enfant (Prépare, CMG, PSU) permettant d'éviter tout surcroît de dépenses pour la branche famille, comme cela est exposé ci-après.

b) Des améliorations souhaitables, dans le cadre d'une réforme d'ensemble permettant une maîtrise de la dépense

La direction de la sécurité sociale (DSS) a étudié comment mieux accorder la Prépare aux attentes des parents. Le maintien d'une prolongation de la durée familiale maximale de la Prépare si le deuxième parent y recourt pourrait s'accompagner d'un bonus financier en cas de partage de la Prépare à mi-temps entre les deux parents. La suppression du plafonnement des deux Prépare à mi-temps, actuellement fixé au niveau du plafond de la Prépare à temps plein, contribuerait au même objectif.

⁵¹⁸ *Revue des dépenses socio-fiscales en faveur de la politique familiale*, rapport Igas-IGF, juillet 2021.

⁵¹⁹ Selon le HCFEA et hors perte de prélèvements sociaux et fiscaux des parents réduisant leur activité.

Pour aider les familles modestes à la reprise d'activité professionnelle si le bénéfice de la Prépare est accordé pour une durée plus courte, un cumul de la Prépare à taux plein avec le complément de libre choix du mode de garde, aujourd'hui impossible, permettrait au parent allocataire de préparer un retour à l'emploi, en particulier s'il est au chômage avant la Prépare, ou de se former durant cette période⁵²⁰.

Afin de maîtriser la dépense de la Paje, le coût des mesures évoquées plus haut devrait conduire à recalibrer certains paramètres de cette prestation dans un but d'économies, et à adapter le dispositif actuel de manière graduelle, afin de pouvoir prendre en compte l'augmentation du taux de recours qui en résulterait.

Dans cette optique, l'introduction d'un plafonnement des montants versés au titre d'une Prépare rénovée pourrait s'accompagner de la modulation de ces montants en fonction des revenus des allocataires, selon le principe déjà retenu pour le CMG. La Paje y gagnerait en lisibilité et en cohérence, les deux prestations, facilitant les arbitrages entre vie familiale et vie professionnelle, pouvant ainsi contribuer aux objectifs de redistribution fixés à la politique familiale.

Les interactions entre la suspension d'activité à l'occasion de la naissance d'un enfant et le recours à un mode de garde formelle invitent à faire évoluer la Prépare en lien étroit avec le CMG. Pour contenir la dépense supportée par la branche famille, une réforme du dispositif pourrait conduire à renforcer la modulation du barème du CMG, voire de celui de la PSU. L'évaluation du coût d'une telle réforme devra prendre en compte les économies réalisées sur des prestations hors du champ de la branche famille, telle l'allocation de retour à l'emploi.

⁵²⁰ La loi n° 2021-1774 du 24 décembre 2021 visant à accélérer l'égalité économique et professionnelle facilite l'accès à une formation pendant la période d'indemnisation par la Prépare. Le conseil d'administration de la Cnaf avait adopté un vœu en ce sens le 2 février 2021, dont la DSS avait évalué l'impact budgétaire à 9 M€ en cas de limitation aux familles monoparentales à 32h et aux couples à 16h par mois. Le cumul d'une Prépare à taux plein et d'un accès en crèche PSU est déjà possible.

B - Le complément de libre choix du mode de garde : des ajustements nécessaires

Le barème du complément de libre choix du mode de garde (CMG) tient compte des revenus et des modes de garde, mais il répond imparfaitement aux nouvelles configurations familiales et professionnelles et le montant laissé à la charge des familles contraint les choix de garde.

Un CMG variable selon le mode de garde et les revenus

Le « CMG emploi direct » (90 % des allocataires) est versé aux parents actifs⁵²¹ qui emploient un assistant maternel⁵²² ou une garde à domicile⁵²³. Les premiers, agréés par le conseil départemental (PMI), négocient leur contrat (tarif-indemnités-horaires) avec les parents, le salaire brut étant limité à 52,40 € par jour et par enfant. Le « CMG emploi direct » prend en charge 85 % du salaire, 100 % des cotisations sociales pour les assistants maternels et 50 % pour les gardes à domicile.

Le « CMG structure » (10 % des allocataires) bénéficie aux familles qui recourent à une micro-crèche Paje⁵²⁴ ou à une entreprise ou association intermédiaire employant un assistant maternel ou une garde à domicile. Il prend en charge 85 % du montant versé à la structure.

Le montant mensuel résultant de ces calculs est plafonné. Les montants maximaux diffèrent, en premier lieu, selon trois tranches⁵²⁵ de revenus et le nombre d'enfants. Ainsi, pour un enfant, la tranche 1 va jusqu'à 21 320 €, la tranche 2 jusqu'à 47 377 €, montant auquel commence la tranche 3. Les plafonds de revenus de chaque tranche sont majorés de 40 % pour les parents isolés. Par ailleurs, les montants maximaux diffèrent selon le mode de garde : emploi direct, structure employant un salarié ou micro-crèche⁵²⁶.

⁵²¹ Ainsi qu'aux étudiants, chômeurs indemnisés, allocataires de l'allocation de solidarité spécifique (ASS), de l'allocation adulte handicapé (AAH) ou de l'allocation temporaire d'attente (ATA), volontaires du service civique.

⁵²² 895 000 places, dont 744 000 pour les enfants de moins de trois ans. Les assistantes maternelles gardent de quatre à six enfants à leur domicile ou en *Maisons d'assistantes maternelles*, avec la possibilité de passer quelques heures dans la semaine avec leurs enfants dans un relai petite enfance (RPE).

⁵²³ Les gardes à domicile n'ont pas besoin d'agrément et négocient leur contrat avec les parents. Elles gardent 47 800 enfants de moins de trois ans.

⁵²⁴ Avec 57 000 places, en régime Paje, ou communale en PSU.

⁵²⁵ Relèvent de la tranche 1 les familles des deux premiers déciles de revenu (1 enfant) et les familles des quatre premiers déciles de revenus (4 enfants) ; de la tranche 2, celles du troisième au septième décile (1 enfant) ou du cinquième au neuvième (4 enfants) ; de la tranche 3, celles au-delà du huitième décile (1 enfant) ou des cinq derniers centiles (4 enfants).

⁵²⁶ Ils sont divisés par deux si le CMG est cumulé avec une Prépare à temps partiel ou versé pour un enfant de plus de trois ans, majorés de 10 % pour garde de nuit, de dimanche ou de jour férié, et de 30 % si l'un des parents est attributaire de l'AAH, si la famille bénéficie de l'AEEH ou en cas de parent isolé.

1 - Un barème reposant sur trois tranches de revenus, des effets de seuil marqués et source d'inéquités

Le CMG réduit la charge de la garde formelle pour toutes les familles et tous les modes de garde⁵²⁷. Pour autant, les montants maximaux de CMG destinés aux familles dont les revenus sont dans la tranche 1 ne bénéficient, en pratique, qu'aux couples aux revenus inférieurs au seuil de pauvreté⁵²⁸. La majorité des familles modestes ne perçoivent donc pas les montants de CMG les plus élevés prévus pour la première tranche.

En outre, le barème ne reposant que sur trois tranches conduit à des situations dans lesquelles des familles reçoivent un même montant de CMG et donc supportent un montant de reste à charge identique, alors que leurs revenus sont sensiblement différents. Les montants maximaux peuvent, du fait des effets de seuil, jouer au détriment des allocataires aux revenus modestes.

Ainsi, le coût d'une garde de durée réduite, telle que 25 heures par mois⁵²⁹, est inférieur au montant maximum fixé pour chacune des trois tranches de revenus, si bien que le reste à charge est identique pour toutes les familles (15 % du coût). À l'inverse, le coût d'une garde dont la durée, élevée, est supérieure à un certain niveau (environ 110 heures au salaire médian d'assistant maternel) dépasse le montant maximum de CMG applicable à toutes les tranches de revenus, ce qui peut détourner les familles, en particulier les familles modestes, du recours à des durées de garde longues.

Les disparités géographiques ont également une incidence, puisque le niveau d'offre d'accueil individuel⁵³⁰ influe sur le tarif, négocié, des assistants maternels. Le taux d'effort médian varie, ainsi, de 10 % en Haute Corse à 4 % dans l'Orne⁵³¹.

2 - Des restes à charge et des taux d'effort pesant sur le choix du mode de garde

La combinaison de trois tranches de revenu et de montants maximaux différents selon des modes de garde conduit à des restes à charge et à des

⁵²⁷ Par exemple, un couple percevant 4 000 € par mois et faisant garder son enfant unique pendant 18 heures par semaine payait 720 € à la micro-crèche en 2021, avec un reste à charge, après CMG, de 111,06 €, réduit à 55,53 € après crédit d'impôt.

⁵²⁸ Pour les couples, les revenus maxima de la tranche 1, rapportés aux unités de consommation, se situent en dessous du seuil de pauvreté de 1 012 € par mois et par unité de consommation en 2019 avec des enfants de moins de quatorze ans (entre 771 € pour un enfant et 790 € pour quatre enfants).

⁵²⁹ En retenant le tarif horaire médian.

⁵³⁰ Un minimum de 5 places à Paris, contre 67,1 places en Mayenne. En métropole, la capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de trois ans va de 31,3 places en Seine-Saint-Denis à 87,6 places en Haute-Loire, avec une moyenne à 59,8.

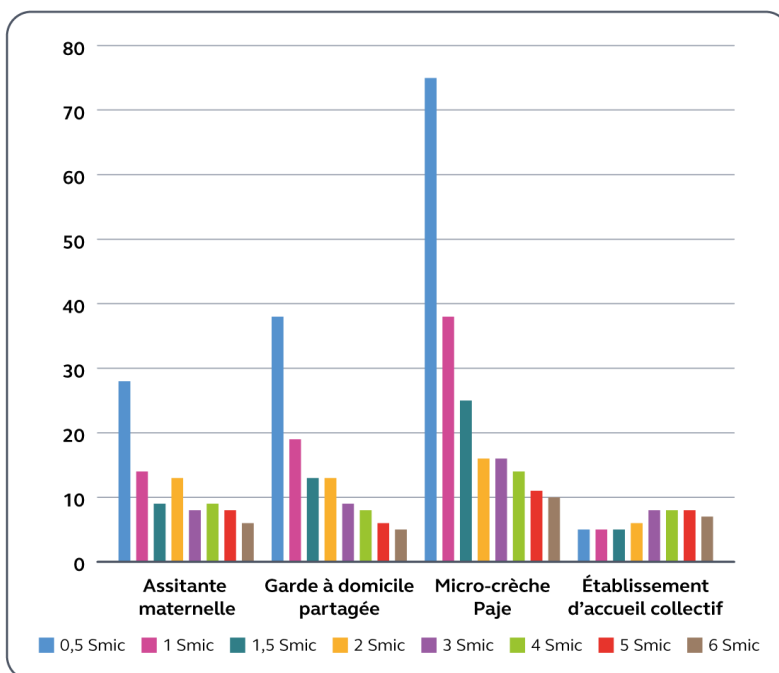
⁵³¹ *L'accueil du jeune enfant en 2020*, Observatoire national de la petite enfance.

taux d'effort des familles très variables, manquant de cohérence et introduisant des biais dans le choix d'une solution de garde.

D'une manière générale, l'accès à un mode de garde externe est plus faible pour les familles modestes, quel que soit le type de garde considéré. Ce constat vaut également pour les établissements d'accueil financés par la PSU⁵³². En l'absence d'offre locale financièrement accessible, les ménages modestes peuvent être conduits à compléter ou à remplacer une garde externe de courte durée par une solution familiale.

Le taux d'effort des familles (reste à charge rapporté aux revenus après CMG) constitue un facteur de nature à orienter le choix d'un mode de garde, comme le montre le graphique suivant.

Graphique n° 20 : taux d'effort net (en %) en 2021 selon le mode d'accueil et le revenu pour une famille biactive



Source : Observatoire national de la petite enfance en 2020 (Édition 2021)

Note de lecture : pour une garde à plein temps. La garde à domicile simple n'est pas représentée ; dans ce cas, le taux d'effort net est de 146,71 % à 0,5 SMIC et de 48,7 % à 1,5 Smic et de 24,2 % à 4 Smic.

⁵³² Les enfants des 20 % de familles aux revenus les plus faibles y occupent 16 % des places, soit deux fois moins en proportion que pour ceux des 20 % de familles aux revenus les plus élevés.

Alors que les restes à charge augmentent modérément en fonction des revenus, sauf en EAJE, ces taux d'effort connaissent de fortes disparités selon les modes de garde et selon les revenus des ménages.

De ce fait, les familles percevant jusqu'à deux Smic utilisent très peu les deux formes de garde les plus coûteuses (garde à domicile simple⁵³³ et micro-crèche Paje), leur taux d'effort pouvant approcher 40 %. Parmi les 10 % de familles aux revenus les plus faibles, seules 1,8 % recourent au CMG pour l'emploi d'un assistant maternel⁵³⁴. La solution la plus favorable est, jusqu'à trois Smic, la crèche financée par le dispositif PSU au titre de l'action sociale des CAF et, à partir de quatre Smic, la garde partagée à domicile⁵³⁵. Les caractéristiques du CMG n'ont pas permis d'éviter que s'installe une forme de spécialisation sociale entre les modes de garde.

Pour les modes de garde ouvrant droit au CMG, les taux d'effort des familles décroissent à mesure que les revenus augmentent⁵³⁶, à l'inverse de ce qui s'observe pour les crèches PSU financées par les CAF⁵³⁷. De plus, les familles des déciles supérieurs recourent davantage au CMG et atteignent plus fréquemment les montants maximaux auxquels elles ont droit que les familles des premiers déciles, qui peuvent ne pas profiter de la totalité de leurs droits au CMG.

Pour l'ensemble de ces raisons, une suppression des trois tranches de revenus actuelles, dont l'administration a engagé l'examen, mettrait fin aux effets de seuil exposés plus haut. Elle offrirait l'occasion de rapprocher le barème du CMG « assistant maternel » et celui du dispositif financé par la PSU⁵³⁸, permettant des taux d'effort progressifs en fonction des revenus et un lissage selon les heures de garde.

Le coût d'un tel alignement des barèmes avoisinerait 300 M€. Une forme de régulation des salaires des assistants maternels devrait être étudiée en parallèle, en veillant à la simplicité des modes de calcul et en s'appuyant sur les travaux réalisés par le HCFEA⁵³⁹.

⁵³³ 10% des gardes à domicile sont employées par les familles des trois premiers déciles, et 60 % par celles des deux derniers déciles. Cf. *Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale* – sept. 2017. En garde à domicile simple, un seul enfant est gardé.

⁵³⁴ Données de l'Insee pour la Cour des comptes.

⁵³⁵ La garde à domicile partagée concerne plusieurs enfants appartenant le plus souvent à la même famille.

⁵³⁶ Division par 4,5 pour l'assistant maternel, par 7,5 pour la garde à domicile partagée et la micro-crèche et par 7 pour la garde à domicile simple. Source : CCSS, *Comptes de la sécurité sociale* – septembre 2017 et Rapport 2021 de l'Observatoire national de la petite enfance – Chiffres 2020.

⁵³⁷ Le barème PSU conduit à un écart d'un tiers entre les taux d'effort d'un foyer percevant un revenu égal à un demi Smic et celui d'une famille gagnant six Smic.

⁵³⁸ Cf. *Revue des dépenses socio-fiscales en faveur de la politique familiale* (IGF-Igas - juillet 2021).

⁵³⁹ HCFEA, *Le complément de libre choix du mode de garde « Assistantes maternelles »* – *Constats et pistes de réforme*, avril 2021.

3 - Mieux prendre en compte les nouvelles configurations familiales et professionnelles et simplifier le dispositif

Le CMG est modulé par la majoration des montants maximaux de 30 % en faveur des parents isolés et des parents avec un enfant handicapé. Les premiers bénéficient également d'une majoration de 40% des tranches de revenus. D'autres configurations familiales ou professionnelles nouvelles mériteraient d'être prise en compte.

Ainsi, le CMG, qui n'est versé qu'à un allocataire, ignore la situation des parents séparés. Le Conseil d'État, dans un arrêt du 19 mai 2021⁵⁴⁰, a annulé le refus implicite du Premier ministre d'abroger cette règle de l'allocataire unique et lui a enjoint de la modifier dans un délai de six mois.

Le seuil de seize heures de garde mensuelle minimum pour bénéficier du CMG-structure pénalise les parents qui ont besoin de gardes ponctuelles, par exemple pour rechercher un emploi, ou de compléments à d'autres modes⁵⁴¹. Pour prendre mieux en compte le besoin de garde externe à laquelle recourent 90 % des parents travaillant en horaires atypiques, des ajustements du CMG pourraient compléter ceux existant déjà à ce titre.

Par ailleurs, les règles de cumul de modes de garde mériteraient un réexamen. Les montants maximaux de CMG diffèrent, en effet, entre CMG « structure assistant maternel », CMG « structure garde à domicile » ou micro-crèche et CMG emploi direct. En cas de cumul, c'est le montant du CMG assistant maternel qui s'applique, ce qui plaide pour un alignement de ces montants maximaux sur l'un d'entre eux, à défaut d'un nouveau barème.

Enfin, deux mesures législatives dont l'application a été reportée devraient venir simplifier le dispositif pour les allocataires, en leur évitant de faire l'avance du CMG structure et du crédit d'impôt pour garde d'enfant.

Ainsi, dans un schéma de tiers payant du CMG structure, les CAF et les caisses de la MSA verseraient directement la prestation à la structure qui a effectué la déclaration de garde. Les parents n'auraient plus qu'à déboursier le reste à charge, sans faire l'avance du CMG, pratique qui peut dissuader certaines familles de recourir à des gardes externes. Cette formule réduirait les risques d'impayés pour les structures, avec lesquelles les caisses gestionnaires seraient conduites à contractualiser leurs relations.

Dans le même but, la perception plus rapide du crédit d'impôt au titre de la garde d'enfant par les bénéficiaires du CMG, prévue en 2024, s'inscrirait dans la logique de l'expérimentation mise en place par la LFSS pour 2020 afin d'accélérer le versement des aides aux services à la personne.

⁵⁴⁰ Conseil d'État, 1^{ère} - 4^{ème} chambres réunies, 19 mai 2021, n° 435429.

⁵⁴¹ Sa suppression coûterait 10 M€ par an selon la direction de la sécurité sociale.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La politique d'accueil du jeune enfant sert les principaux objectifs de la politique familiale⁵⁴² : elle allège la charge liée à l'arrivée d'un enfant et facilite l'arbitrage entre une garde d'enfant et la poursuite de l'activité, en tenant compte de la situation des familles modestes.

Pour autant, la forte réduction des dépenses de la Paje ne s'est pas accompagnée d'un effort soutenu en faveur des familles aux plus bas revenus, qui continuent de moins recourir aux modes d'accueil formels, et la Prépare n'a pas atteint les objectifs fixés à sa création, notamment le partage entre pères et mères des périodes de congé parental indemnisé, constat qui a inspiré de nombreuses propositions de réforme.

Si les options d'une Prépare de durée plus courte et mieux indemnisée et d'un rapprochement du barème du CMG de celui du dispositif PSU financé par l'action sociale de la branche famille sont de nature à améliorer la lisibilité et l'efficacité du dispositif public, leurs coûts élevés invitent à faire évoluer de manière coordonnée les paramètres du CMG et de la Prépare, voire de la PSU, afin d'éviter tout surcroît de dépense pour la branche famille.

En tenant compte de la politique d'offre de solutions de garde, ces évolutions méritent d'être menées en lien avec l'ensemble des acteurs de la politique d'accueil du jeune enfant, pour renforcer la cohérence de celle-ci et répondre mieux aux aspirations des familles.

La Cour formule les recommandations suivantes :

- 29. pour assurer le paiement à bon droit du CMG et dans le cadre du renforcement des dispositifs de maîtrise des risques, mettre en place des actions de contrôle spécifiques à la Paje, permettant, notamment, de s'assurer de l'effectivité du service facturé par les assistants maternels (ministère chargé de la sécurité sociale, Cnaf, CCMSA) ;*
- 30. faciliter l'accès des familles modestes à la garde par les assistants maternels en modifiant le barème du CMG « assistant maternel » afin de rapprocher les restes à charge de ceux observés pour les structures de garde financées par la prestation de service unique de la branche famille (ministères chargés de la sécurité sociale et des comptes publics, Cnaf, Acoess/Pajemploi) ;*

⁵⁴² Contribuer à la compensation financière des charges de famille ; aider davantage les familles vulnérables ; favoriser la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle ; garantir la pérennité financière de la branche famille. Cf. Repss *Famille*, PLFSS pour 2022.

31. *adapter le CMG aux nouvelles configurations familiales ou professionnelles et permettre le paiement direct du CMG aux structures de garde, ainsi que la perception directe du crédit d'impôt pour garde d'enfant (ministères chargés de la sécurité sociale et des comptes publics, Cnaf, Acof/Pajemploi) ;*
 32. *prendre acte de l'inadaptation des caractéristiques de la Prépa et préparer une refonte, à coût constant pour la branche famille, de l'indemnisation de la suspension d'activité visant à augmenter le niveau d'indemnisation pendant une durée raccourcie (ministères chargés de la sécurité sociale et des comptes publics).*
-

Chapitre IX

Les prestations sociales versées

en fonction des ressources

de leurs bénéficiaires :

simplifier pour mieux gérer

PRÉSENTATION

En 2020, les dépenses publiques relatives aux droits et prestations attribués ou modulés en fonction des ressources ont atteint 103,5 Md€⁵⁴³. Les prestations versées par les caisses d'allocations familiales (CAF) représentent les trois quarts de ce total (75,5 Md€) et les minima sociaux un quart (27,3 Md€).

Le calcul du montant de ces prestations dépend de l'évaluation des ressources des foyers de leurs bénéficiaires. Or, les ressources à prendre en compte et les périodes retenues pour les apprécier diffèrent selon les prestations. Les obligations déclaratives qui en découlent sont complexes pour les bénéficiaires et lourdes pour les organismes sociaux. La complexité de ce système est peu favorable à l'accès aux droits et les fréquentes erreurs et fraudes ont un coût élevé pour les finances publiques.

La récupération automatisée mensuelle d'une grande partie des données de ressources des bénéficiaires à travers un nouveau système d'information inter-administrations, le dispositif ressources mensuelles (DRM), pourrait atténuer ces difficultés. Le DRM offre aussi la possibilité d'adapter le montant des prestations versées à la situation financière la plus récente de leurs bénéficiaires. Une première utilisation du DRM est intervenue dans le cadre de la réforme des aides au logement au 1^{er} janvier 2021. Un premier bilan fait cependant apparaître des difficultés ponctuelles, mais aussi des problématiques structurelles déterminantes pour l'extension de l'usage du DRM à d'autres prestations.

Ainsi, les prestations versées en fonction des ressources de leurs bénéficiaires mettent en jeu des règles complexes, sont lourdes à gérer et comportent de fréquentes erreurs (I). Alors que le recours aux données du DRM a vocation à se généraliser, il convient d'exploiter les nouvelles possibilités qu'il ouvre, à bon escient selon les prestations, mais aussi de procéder à d'indispensables simplifications (II).

⁵⁴³ Ce montant comprend toutes les prestations versées par les CAF pour leur compte (notamment les allocations familiales et la prestation d'accueil du jeune enfant) et celui de l'État (aides au logement, prime d'activité, allocation aux adultes handicapés) ou des départements (revenu de solidarité active). Il intègre des retraites (pension de réversion du régime de retraite de base, allocation veuvage et allocation de soutien aux personnes âgées), des droits (complémentaire santé solidaire et aide médicale d'État) et prestations (allocation supplémentaire d'invalidité) servis par les caisses d'assurance maladie et une prestation versée par Pôle emploi pour le compte de l'État (allocation de solidarité spécifique). Il inclut enfin des prestations accordées par les départements (aide sociale à l'hébergement et allocation personnalisée pour l'autonomie).

I - Des règles complexes, sources de lourdeurs de gestion et d'erreurs

A - Des bases-ressources des prestations sociales hétérogènes et complexes

1 - Trois grands types de bases-ressources

Les ressources prises en compte pour évaluer les droits à prestation d'une personne, dénommées bases-ressources, sont toujours celles du foyer pris dans son ensemble. Ces ressources intègrent ainsi, le cas échéant, celles du conjoint, des enfants et des autres personnes à charge.

Il existe trois grands types de bases-ressources, dont le détail varie selon les prestations.

Le type le plus répandu (qui couvre 55 % de la dépense totale de prestations calculées en fonction des ressources) s'appuie sur des notions fiscales. Il peut s'agir du revenu déclaré à l'administration fiscale avant abattements, pour l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et l'allocation de solidarité spécifique (ASS) versée aux chômeurs en fin de droits, ou de la somme des revenus nets catégoriels⁵⁴⁴, pour les prestations familiales et les aides au logement.

Le deuxième type de bases ressources (33 % de la dépense), dans une logique d'aide sociale, implique un recensement exhaustif des ressources et du patrimoine du demandeur⁵⁴⁵. Il concerne des droits et des prestations destinées aux foyers dotés de faibles revenus : le revenu de solidarité active (RSA), la prime d'activité, la complémentaire santé solidaire (C2S)⁵⁴⁶ et l'aide médicale de l'État (AME). Les textes régissant ces prestations définissent de manière très détaillée les catégories de revenus à prendre en compte et la manière de les mesurer. La base ressources du RSA est particulièrement étendue, puisqu'elle prend en compte la plupart des prestations sociales et des avantages en nature perçus par le foyer.

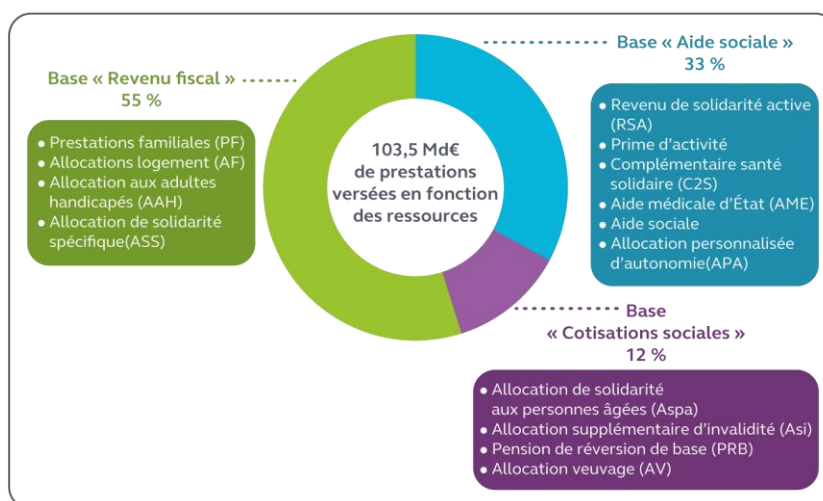
⁵⁴⁴ Il existe huit catégories de revenus, chacune soumise à des règles d'imposition particulières : les traitements, salaires, pensions et rentes viagères ; les rémunérations des dirigeants de société ; les bénéfices industriels et commerciaux ; les bénéfices non commerciaux ; les bénéfices agricoles ; les revenus fonciers ; les revenus mobiliers ; les plus-values immobilières, sur valeurs mobilières, sur biens meubles et professionnelles.

⁵⁴⁵ L'aide sociale recouvre les dépenses résultant d'une obligation mise à la charge des collectivités publiques et destinées à faire face à un état de besoin pour des personnes dans l'impossibilité d'y pourvoir.

⁵⁴⁶ Depuis novembre 2019, la C2S remplace la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).

Le dernier type de base ressources concerne les prestations destinées aux personnes retraitées ou invalides (12 % de la dépense) : pension de réversion du régime de retraite de base, allocation veuvage, allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) et allocation supplémentaire d'invalidité (ASI). Pour ces prestations, les ressources prises en compte sont les éventuels revenus professionnels (calculés sur leur montant brut, comme les cotisations sociales), les prestations de retraite (de droit propre ou de droit dérivé) ou d'invalidité, ainsi que les revenus du patrimoine pour l'Aspa et l'ASI.

Schéma n° 2 : les trois types de base ressources des prestations sociales versées en fonction des ressources



Source : Cour des comptes

2 - Des traitements complexes selon les types de revenus

Les ressources prises en compte pour apprécier l'éligibilité d'un demandeur à une prestation et en déterminer le montant font l'objet de multiples traitements, qui varient selon les bases ressources. Les développements qui suivent les décrivent de manière synthétique.

En principe, les **revenus salariaux** devraient être les plus simples à appréhender. Toutefois, pour les prestations dont la base ressources repose sur le revenu imposable, les revenus sont pris en compte après déduction des abattements prévus par la législation fiscale, notamment au titre des frais professionnels. Par ailleurs, certains revenus, par exemple ceux liés

aux études, sont traités comme des salaires⁵⁴⁷. Pour certaines prestations, comme le RSA et la prime d'activité, le salaire pris en compte est le « net à payer » corrigé par la réintégration de sommes retenues par l'employeur, mais considérées comme des revenus⁵⁴⁸, et par la déduction de sommes figurant dans le « net à payer », mais n'ayant pas le caractère de revenus⁵⁴⁹. Le salaire pris en compte pour ces prestations, qualifié de « salaire net perçu », ne correspond ainsi ni au salaire brut, ni au salaire net à payer ou au salaire net imposable figurant sur une fiche de paye.

Les **revenus tirés d'une activité indépendante non salariée** soulèvent d'autres difficultés pour le calcul des prestations. Il s'agit en effet de revenus fluctuants, difficiles à déterminer en cours d'année, et dont la définition dépend de la forme juridique de l'entreprise et de choix de gestion de l'entrepreneur. Les revenus professionnels des travailleurs indépendants, pris en compte quelles que soient les prestations sociales, sont généralement les revenus fiscaux de l'année N-2. Néanmoins, la situation particulière des micro-entrepreneurs, ainsi que celle des indépendants dont l'activité a débuté il y a moins de deux ans, ou dont le résultat de l'exercice N-2 était déficitaire, font l'objet de règles spécifiques, notamment pour le RSA et la prime d'activité.

Les **revenus du patrimoine** sont également appréhendés par la déclaration fiscale de l'année N-2. Les revenus fonciers sont en effet une composante du revenu net fiscal. En revanche, l'appréciation des revenus de placement est moins aisée car l'épargne réglementée (livret A, etc.) n'est pas imposable et ne figure donc pas sur l'avis d'imposition. Or, ces revenus entrent dans l'appréciation du droit au RSA, à l'Aspa, à l'ASI et aux autres prestations relevant du code de l'action sociale et des familles. Par ailleurs, la prise en compte du patrimoine non productif de revenus est courante en matière d'aide sociale, mais ses règles varient selon les prestations en ce qui concerne l'assiette prise en compte et l'évaluation des revenus représentatifs de ce patrimoine⁵⁵⁰.

⁵⁴⁷ Les bourses d'études allouées pour des recherches, les gratifications perçues lors d'un stage, le salaire en contrat d'apprentissage ou dans le cadre d'un contrat de professionnalisation (au-delà d'un plafond) sont ainsi imposables.

⁵⁴⁸ Part salariale des chèques vacances ou de la complémentaire santé par exemple.

⁵⁴⁹ Remboursement des frais professionnels.

⁵⁵⁰ En matière d'aide sociale, la règle générale consiste à retenir 50 % de la valeur locative des immeubles bâtis, 80 % de celle des immeubles non bâtis et 3 % du montant des capitaux. L'Aspa et les prestations alignées ne tiennent pas compte des revenus réels du patrimoine, mais d'un pourcentage (3 %) de sa valeur vénale. Il existe également des seuils de prise en compte du patrimoine (30 000 € pour les aides au logement).

La situation n'est pas moins complexe pour les revenus tirés de **prestations sociales**. Certaines sont imposables et donc comprises dans les bases-ressources, comme les pensions de retraite de droit direct, les pensions de réversion ou l'ASS. À l'inverse, les prestations qui visent à compenser certaines charges particulières, comme les prestations familiales, sont exclues des bases-ressources. Cependant, la plupart des prestations familiales ainsi qu'un forfait représentatif des aides au logement sont inclus dans la base ressource du RSA.

Enfin, les **pensions alimentaires** reçues par le bénéficiaire sont prises en compte pour l'appréciation du droit de ce dernier aux prestations sociales. Par parallélisme, elles sont déduites du revenu de celui qui les verse pour le calcul des prestations dont il bénéficie, à l'exception toutefois du RSA et de la prime d'activité. Les **dons réguliers** de proches ne sont en général pas pris en compte, mais sont en revanche assimilés à des pensions alimentaires pour le RSA, la C2S et l'Aspa.

B - Un système déclaratif lourd pour les bénéficiaires comme pour les organismes sociaux

1 - Des périodes de référence et de mise à jour hétérogènes

La **période de référence** correspond, selon la prestation concernée, à celle de perception des ressources prises en compte pour son calcul : l'année civile, douze mois glissants ou un nombre variable de mois.

Pour la plupart des prestations, la période de référence est annuelle et correspond à l'année du dernier avis d'imposition disponible, soit N-2. Cependant, du fait de l'ancienneté des informations, la situation courante des bénéficiaires a pu évoluer sensiblement. Des mécanismes complexes (neutralisation, abattements) visent à prendre en compte des changements de situation, comme la perte d'un emploi ou une modification de la composition du foyer.

À l'inverse, pour le RSA, la prime d'activité et l'AAH, la période de référence correspond aux trois mois précédant le mois au titre duquel la prestation est versée, dans l'objectif de procéder à une appréciation contemporaine de la situation des bénéficiaires de ces prestations. Pour l'Aspa et l'ASI, il s'agit des trois ou des 12 derniers mois, selon la mesure la plus favorable à l'allocataire. Pour les aides personnelles au logement, depuis janvier 2021, la période de référence est de 12 mois glissants, appréciés à partir du deuxième mois précédant le premier mois au titre duquel la prestation est versée (M-2 à M-13). Depuis janvier 2022, il en va

de même pour la C2S⁵⁵¹. Toutefois, pour ces prestations, la référence à l'année N-2 demeure pour l'appréciation de revenus irréguliers comme ceux des non-salariés ou du patrimoine⁵⁵².

Enfin, la **fréquence de mise à jour** de la situation des bénéficiaires – et donc du montant des prestations – coïncide ou pas avec la période de référence prise en compte pour apprécier les ressources : pour les aides au logement et l'ASS, malgré une période de référence de 12 mois, le montant de la prestation est révisé, respectivement tous les trois mois et tous les six mois ; les montants d'Aspa et d'ASI ne font quant à eux pas l'objet d'une actualisation périodique⁵⁵³.

2 - Des obligations déclaratives lourdes et complexes

Les organismes de sécurité sociale doivent disposer des ressources des demandeurs et bénéficiaires des prestations qu'ils versent. Des déclarations doivent être obtenues des bénéficiaires des minima sociaux (RSA, AAH, ASS, Aspa et ASI), de la prime d'activité et de la C2S.

Des transferts automatisés d'informations fiscales N-2

Des transferts automatisés par l'administration fiscale, portant sur les revenus de l'année N-2, permettent depuis de nombreuses années aux organismes sociaux d'actualiser les bases ressources de la plupart des bénéficiaires, et donc le montant des prestations versées à compter du mois de janvier de l'année N. Cela facilite la gestion des prestations, mais ces informations ne sont pas contemporaines de la situation des bénéficiaires.

Ces prestations intègrent en effet des éléments de revenu qui ne figurent pas dans les données fiscales de l'année N-2⁵⁵⁴. Les obligations déclaratives⁵⁵⁵ sont annuelles (C2S), semestrielles (ASS) ou trimestrielles (RSA, AAH, prime d'activité).

⁵⁵¹ Il s'agissait auparavant des revenus des mois M-1 à M-12.

⁵⁵² Ces revenus annuels sont divisés par quatre de manière à obtenir un montant trimestriel ou semestriel réparti de manière linéaire sur l'année.

⁵⁵³ Ils peuvent toutefois être révisés à la suite d'un contrôle ou de la déclaration par le bénéficiaire d'une modification de ses ressources ou de la composition de son foyer.

⁵⁵⁴ Périodes de référence trimestrielles ou semestrielles ou relevant de deux années civiles successives (12 mois glissants), ou revenus qui ne sont pas imposables.

⁵⁵⁵ Les déclarations peuvent aussi être spontanées, passé un certain délai après l'attribution de la prestation (Aspa, ASI).

Par ailleurs, pour toutes les prestations, les personnes démarrant une activité non salariée doivent déclarer leurs revenus tant que ceux-ci ne sont pas encore connus par l'administration fiscale.

Malgré des simplifications de leur présentation et des améliorations de leur ergonomie, les formulaires papier et les modules déclaratifs en ligne proposés par les organismes sociaux restent complexes, car les informations à déclarer sont nombreuses et difficiles à comprendre.

La complexité des règles de calcul des prestations induit une charge de travail importante pour les organismes sociaux. La Cnaf estime que les interrogations portant sur les bases-ressources sont à l'origine de 15 % des demandes des allocataires aux CAF.

C - Un paiement à bon droit des prestations imparfaitement assuré

1 - Des niveaux élevés d'erreurs, d'indus et de fraude

Les demandeurs et bénéficiaires des prestations commettent de fréquentes erreurs dans leurs déclarations, souvent involontaires, parfois volontaires (fraudes).

Les déclarations de salaires sont complexes à réaliser du fait des frais professionnels et des réintégrations ou des déductions requises selon les bases-ressources, tout particulièrement pour la prime d'activité et le RSA : la notion de « revenu net perçu » est particulièrement mal comprise des allocataires, d'autant qu'elle n'est pas retracée sur leur bulletin de paie ; ils déclarent souvent le « net à payer », c'est-à-dire le montant effectivement versé sur leur compte en banque. En 2019, six déclarations trimestrielles d'allocataires de la prime d'activité sur 10 comportaient des erreurs, notamment pour ce motif.

Les personnes qui bénéficient de plusieurs prestations doivent déclarer tantôt leur « revenu net imposable » (AAH, ASS), tantôt leur « revenu net perçu » (RSA, prime d'activité). De plus, les bases-ressources de ces deux groupes de prestations ne sont elles-mêmes pas homogènes.

Enfin, la composition du foyer du bénéficiaire influe sur le montant de la prestation versée. Outre les déclarations de ressources de leur foyer, les allocataires doivent déclarer les changements dans leur situation familiale, quelle que soit la prestation concernée : séparation ou reprise d'une vie conjugale, décès, naissance ou émancipation d'un enfant, accueil ou départ du foyer d'un ascendant, ainsi que les éventuels revenus d'activité des personnes rattachées mineures.

La détection des anomalies déclaratives peut résulter d'une manifestation du bénéficiaire de la prestation ou d'une action de contrôle. Elle entraîne la mise en recouvrement d'indus (lorsque le montant versé est plus élevé que ce qu'il aurait dû être) ou le versement de rappels (dans le cas inverse).

La détection d'anomalies déclaratives par les CAF

En 2021, la branche famille a procédé à 1,2 Md€ de régularisations de prestations, dont 0,9 M€ d'indus et 0,3 M€ de rappels, 40 % des indus détectés ayant trait aux aides au logement, seules ou avec d'autres prestations. 22 % des montants régularisés ont découlé de 49 millions de contrôles automatisés (par rapprochement avec les données de Pôle emploi et de la DGFIP), 48 % de 3,8 millions de contrôles manuels sur pièces (en partie suscités par ces rapprochements) et 29 % de 114 000 contrôles sur place.

Afin de réduire les écarts entre les situations de ressources prises en compte par les CAF et les situations réelles, la branche famille a récemment généralisé des campagnes de contacts proactifs auprès des allocataires.

Des démarches proactives bienvenues mais de portée limitée

Depuis 2018, toutes les CAF envoient des lettres de mise en garde à des allocataires pour lesquels elles détectent des indus importants et/ou répétés du fait d'une mise à jour incomplète, potentiellement frauduleuse, de leur situation. Depuis 2019, les CAF envoient des SMS ou courriels ou appellent les allocataires pour les alerter sur des situations qu'ils oublient souvent de déclarer : une situation conjugale qui évolue, un enfant qui commence à percevoir un salaire tout en continuant à habiter chez ses parents ou des séjours prolongés à l'étranger, alors que les prestations sont conditionnées par une résidence stable en France. Certaines CAF invitent de surcroît les allocataires à régulariser la composition de leur foyer sans encourir de pénalité pour fraude. Ces actions sont utiles, mais ont peu d'effets sur les erreurs déclaratives, involontaires ou intentionnelles, portant sur les revenus d'activité.

2 - Des contrôles à renforcer

Les enquêtes annuelles de la Cnaf⁵⁵⁶ de paiement à bon droit et de fraude au titre des prestations légales font apparaître que la somme des indus, et accessoirement des rappels, non détectés et atteints par la prescription, augmente : 7,1 % du montant total des prestations légales versées par les CAF en 2020, soit 5,3 Md€ (dont 80 % d'indus et 20 % de rappels), contre 2,9 Md€ en 2017⁵⁵⁸. Près d'un euro sur six de RSA versés et près d'un euro sur cinq de prime d'activité versés le sont à tort à titre définitif (contre un sur 50 pour les allocations familiales).

La croissance des prestations les plus sujettes à erreur (RSA, prime d'activité et aides au logement) dans l'ensemble des prestations versées par les CAF n'explique qu'en partie ce constat, qui traduit avant tout des contrôles insuffisants au regard des risques d'anomalies déclaratives.

Un nombre de contrôles ciblés insuffisant

Comme il a été indiqué, les déclarations faites par les bénéficiaires sont contrôlées *a posteriori*, principalement par la voie de rapprochements automatisés avec les données de Pôle emploi et de la DGFIP ou par exploration des données (*datamining*), qui permet aux CAF d'estimer la probabilité qu'une erreur déclarative se produise et ainsi de repérer des dossiers à risque.

Cependant, les règles de déclenchement des contrôles de cohérence automatisés avec la DGFIP sont assises sur des données anciennes (revenus N-2) et comportent des marges de tolérance élevées par rapport aux revenus fiscaux, afin de limiter la charge de travail des CAF liée à la réalisation des contrôles. Quant aux contrôles sur place (suscités par le *datamining* et par des signalements internes ou externes aux CAF), ceux-ci sont peu nombreux, alors qu'ils sont les plus approfondis et à même de détecter les montants moyens d'indus les plus élevés.

Quelles que soient les prestations considérées, les indus non détectés au bout de 24 mois sont prescrits (sauf en cas de fraude avérée ou de fausse déclaration), et ne peuvent donc plus être récupérés, faute d'avoir été notifiés dans ce délai. Ils constituent ainsi un préjudice financier définitif pour les finances publiques.

⁵⁵⁶ Elles consistent en la réalisation de contrôles sur place sur des échantillons de dossiers d'allocataires choisis en fonction de leur représentativité statistique.

⁵⁵⁸ Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale*, exercice 2021.

Malgré la réalisation par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) de contrôles *a priori* sur les situations personnelles et ressources déclarées par les demandeurs, la C2S est elle aussi caractérisée par de fréquentes erreurs d'attribution.

À la suite de contrôles approfondis menés *a posteriori* sur des dossiers de bénéficiaires de la C2S à titre gratuit, choisis de manière aléatoire, l'assurance maladie a constaté qu'en 2019, près d'un foyer bénéficiaire sur 10 avait des ressources supérieures au plafond de la C2S, et n'aurait pas dû en bénéficier, même en versant une participation financière. Extrapolé à l'ensemble des 1,9 million de foyers bénéficiant de la C2S à titre gratuit, le préjudice financier avoisinerait *a minima* 200 M€ par an.

II - Des possibilités nouvelles, un effort nécessaire de simplification

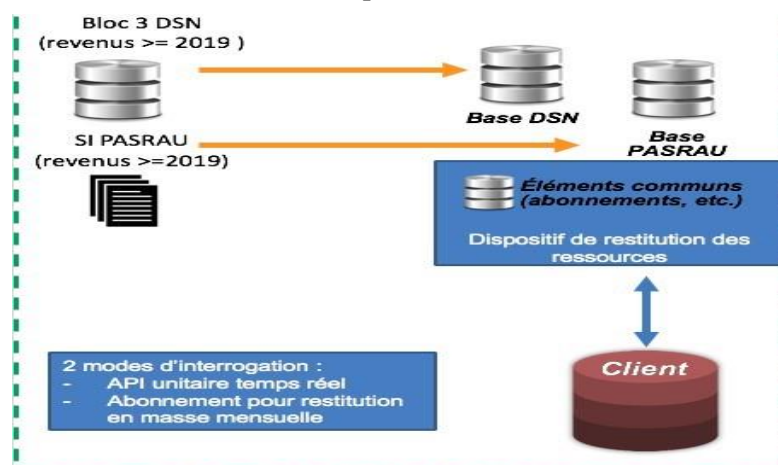
Le dispositif ressources mensuelles (DRM) permet aux organismes sociaux d'acquérir en temps réel une grande partie des données de ressources auprès de tiers de confiance aux bénéficiaires de prestations sociales : les employeurs qui versent les salaires et les organismes sociaux qui versent les prestations.

Le dispositif ressources mensuelles

Le DRM agrège deux bases de données créées afin de permettre la mise en œuvre du prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu depuis le 1^{er} janvier 2019⁵⁵⁹. La base des déclarations sociales nominatives (DSN) est alimentée par les déclarations mensuelles de salaires effectuées par les employeurs de salariés des secteurs privé et public⁵⁶⁰. La base des autres revenus (Pasrau) est alimentée chaque mois par les données de prestations sociales monétaires (retraites, allocations chômage, indemnités journalières, pensions d'invalidité, etc.) et de certains dispositifs salariaux (chèque emploi service universel, prestation d'accueil du jeune enfant).

Les données contenues dans les bases DSN et Pasrau sont mises à la disposition des organismes sociaux par la voie de transferts de masse mensuels ou d'interrogations individuelles par l'intermédiaire d'une API⁵⁶¹ à partir du numéro d'identification au répertoire (NIR) du bénéficiaire. Les mises à jour des données du DRM sont quotidiennes et consultables en temps réel.

Schéma n° 3 : schéma simplifié du fonctionnement du DRM



Source : Cnav

Depuis juillet 2020, les données du DRM sont affichées dans le portail national des droits sociaux (PNDS) et dans le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS), uniquement à des fins de consultation.

⁵⁵⁹ Cour des comptes, *La mise en œuvre du prélèvement à la source*, observations définitives, novembre 2021.

⁵⁶⁰ Certains employeurs publics n'utiliseront la DSN qu'en 2023.

⁵⁶¹ Les API, pour *application programming interface*, sont des programmes qui mettent à disposition des données par internet, à la demande et selon un format défini.

Le DRM pourrait ainsi apporter une contribution majeure à la gestion des prestations sociales, en permettant une fiabilisation *a priori* d'une grande partie des données de ressources, en allégeant les obligations déclaratives des bénéficiaires des prestations et en déchargeant les organismes sociaux d'une partie de leurs tâches de gestion. La Cnaf vise ainsi une transformation d'ensemble de la gestion des prestations, en la faisant reposer de manière croissante sur les données du DRM.

Depuis janvier 2021, une première utilisation à grande échelle des données du DRM est faite dans le cadre de la réforme des aides personnelles au logement. Depuis janvier 2022, le DRM est aussi utilisé pour l'attribution de la C2S. Alors que d'autres chantiers sont engagés ou vont l'être, l'utilisation des données du DRM appelle des précautions afin d'en exploiter au mieux le potentiel. Pour autant, elle ne saurait constituer le substitut à de nécessaires simplifications à conduire en parallèle.

A - Une première utilisation du DRM marquée par des difficultés

1 - Le rôle essentiel de l'utilisation des données du DRM pour la réforme des aides au logement

Instaurée par la loi de finances pour 2018, la réforme des aides personnelles au logement⁵⁶² devait entrer en vigueur au 1^{er} juillet 2019. Retardée à plusieurs reprises du fait de difficultés techniques de mise en œuvre, puis par la crise sanitaire, elle a pris effet au 1^{er} janvier 2021.

Un lourd chantier informatique pour la Cnaf

Contrairement à la MSA, dont le système d'information est moins ancien, la Cnaf a estimé que le sien n'était pas en mesure de recevoir les volumes de données du DRM et les traiter correctement. Elle a donc créé un nouveau système d'information (*NSI*), qui contient la plateforme de réception des données de ressources et le moteur de calcul des aides au logement. La liquidation des prestations demeure effectuée par l'ancien système (*Cristal*), en attendant la finalisation des développements engagés sur le NSI. Ce chantier informatique est la cause principale du retard pris par la réforme.

⁵⁶² Les trois types d'aides au logement (l'allocation de logement à caractère familial, l'allocation de logement à caractère sociale et l'aide personnalisée au logement) sont concernées par la réforme. Pour plus de détail sur ces prestations avant la réforme, voir Cour des comptes, « *Les aides personnelles au logement : des évolutions insuffisantes, une réforme à mettre en œuvre* », Rapport public annuel 2020.

Cette réforme avait pour objectif d'adapter plus rapidement les aides au logement à l'évolution des ressources des bénéficiaires de ces prestations⁵⁶³. Alors que la période de référence prise en compte pour le calcul était auparavant l'année N-2, elle porte désormais sur 12 mois glissants⁵⁶⁴. Au lieu d'être actualisées chaque année, les aides au logement le sont désormais chaque trimestre.

Cette « contemporanéisation »⁵⁶⁵ des ressources a eu pour effet de réduire de 1,1 Md€ les dépenses d'aides au logement par rapport à 2020⁵⁶⁶. Cette économie s'explique par le fait que les ressources des bénéficiaires au titre de l'année N sont généralement plus élevées que celles de l'année N-2, du fait notamment des revalorisations salariales.

Pour mettre en œuvre cette réforme, la branche famille a été autorisée à utiliser le DRM⁵⁶⁷ pour connaître les ressources des bénéficiaires des aides au logement sur la nouvelle période de référence. Les bénéficiaires des aides au logement, contrairement à ceux des autres prestations faisant l'objet d'une mise à jour trimestrielle (RSA, prime d'activité et AAH⁵⁶⁸), sont ainsi dispensés de devoir effectuer des déclarations trimestrielles pour ce qui concerne les deux principales sources de revenus : les salaires et les prestations sociales. Alors que le projet de loi de finances pour 2021 anticipait 0,7 Md€ d'économies, le surcroît d'économies par rapport à cette prévision reflète notamment une dégradation de la situation financière des ménages moindre qu'attendue, sous l'effet des mesures de soutien adoptées par les pouvoirs publics durant la crise sanitaire. Le montant d'économies est ainsi voisin de celui prévu par le projet de loi de finances pour 2020 (1,25 Md€), avant les reports successifs de l'entrée en vigueur de la réforme des aides au logement au 1^{er} janvier 2021.

⁵⁶³ En 2020, 6,1 millions de foyers bénéficiaient des allocations logement, pour 16,6 Md€ de dépenses.

⁵⁶⁴ M-13 à M-2, M étant le premier mois au titre duquel le droit à la prestation est ouvert ou son montant est recalculé. L'allocation est versée le 5 du mois suivant (M+1) aux allocataires. Les bailleurs sociaux perçoivent directement les aides au logement de leurs locataires en tiers payant, le 25 du mois M.

⁵⁶⁵ Ce néologisme désigne la prise en compte des ressources disponibles les plus proches de la situation financière courante du bénéficiaire.

⁵⁶⁶ Au total, les dépenses du programme 109 du budget de l'État *Aide à l'accès au logement* ont baissé de 13,9 Md€ en 2020 à 12,4 Md€ en 2021, sous l'effet de la réforme des aides au logement et d'autres facteurs jouant à la hausse ou à la baisse.

⁵⁶⁷ Ce traitement de données à caractère personnel a été autorisé par l'article 78 de la LFSS pour 2019.

⁵⁶⁸ Pour les allocataires ayant des revenus d'activité.

Le maintien d'obligations déclaratives pour certains allocataires

Pour les ressources que le DRM n'appréhende pas, les CAF acquièrent les données correspondantes selon trois modalités distinctes :

- prise en compte des données de la DGFIP pour les revenus calculés dont la période de référence est l'année N-2, notamment les revenus professionnels des travailleurs non-salariés⁵⁶⁹ et les revenus de placement et du patrimoine (y compris les revenus fonciers, qui peuvent comporter des déficits), comme c'était le cas avant la réforme pour l'ensemble des ressources ;
- déclaration annuelle des allocataires pour certaines natures de revenus et de charges déductibles pour lesquelles l'année N-1 est la période de référence retenue (abattements sur les revenus professionnels, notamment la déduction des frais réels ; pensions alimentaires ; prestations compensatoires ; frais de tutelle) ;
- déclaration trimestrielle des allocataires pour certains salaires non-déclarés dans la DSN (salaires que se versent les gérants de sociétés) ou non-recueillis par Pasrau (salaires perçus à l'étranger).

2 - Une complexité accrue

Avant la réforme des aides au logement, les allocataires n'avaient à effectuer une déclaration de ressources que lors de leur première demande de prestation. Grâce à la transmission annuelle par la DGFIP des données de revenus de l'année N-2, ils étaient dispensés de toute déclaration pour obtenir la poursuite de leur versement, sauf situations particulières : si leur dossier à la CAF ne s'était pas apparié avec celui à la DGFIP (du fait d'homonymies ou bien s'ils n'avaient pas fait de déclaration de revenus), ou encore si la DGFIP ne disposait d'aucune donnée de revenu (depuis 2019). À la suite de la mise en place du prélèvement à la source, ces situations sont devenues plus rares pour ne plus concerner que 9 % des foyers (12 % avant 2019).

⁵⁶⁹ Revenus professionnels des travailleurs non-salariés (bénéfices industriels et commerciaux, non commerciaux et agricoles, qui peuvent comporter des déficits) ; chiffre d'affaires des micro-entrepreneurs.

Depuis la réforme, 17 % des allocataires doivent désormais effectuer des déclarations annuelles (793 000 allocataires) ou trimestrielles (240 000⁵⁷⁰) pour continuer à percevoir les aides au logement.

Cependant, compte tenu de l'hétérogénéité des bases-ressources et des périodes de référence, les bénéficiaires d'une aide au logement peuvent avoir une difficulté accrue à comprendre quelles ressources sont prises en compte pour le calcul de leur prestation, notamment s'ils perçoivent également la prime d'activité, et/ou le RSA ou l'AAH. Avant la réforme, la prise en compte automatisée de la donnée fiscale suscitait moins d'interrogations.

En fonction de leur nature, les ressources et les charges déductibles se rattachent à des périodes différentes. Cette superposition de périodes distinctes affecte l'intelligibilité de la définition des ressources, notamment pour les allocataires qui ont à la fois des revenus salariaux (période de référence de 12 mois glissants) et non-salariaux (année N-2).

De manière générale, la segmentation des données de ressources par nature, période de référence et canal d'acquisition, ainsi que l'actualisation trimestrielle des aides au logement suscitent des difficultés de compréhension pour leurs bénéficiaires qui se traduisent par des demandes d'explication et des réclamations auprès des CAF.

3 - Des dysfonctionnements du calcul des prestations

Premiers organismes sociaux à utiliser les données du DRM pour calculer des prestations, les CAF et les caisses de la MSA n'ont pu bénéficier de l'expérience préalable d'autres acteurs. Or, une compréhension insuffisante de la signification des données déclarées dans la DSN ou intégrées dans Pasrau a favorisé des désordres dans la gestion des prestations. Certains sont résolus, d'autres pas encore.

⁵⁷⁰ Cette donnée comprend les travailleurs indépendants en début d'activité et la première année de celle-ci qui doivent déclarer le chiffre d'affaires mensuel des 12 derniers mois jusqu'à récupération des données fiscales de manière automatisée auprès de la DGFIP.

Des cas de mauvaise interprétation des données-sources du DRM

Les révisions de montants d'indemnités journalières (IJ) effectuées par les CPAM se décomposent entre indus, imputés aux mois au cours desquels les erreurs ont été commises, et rappels, imputés aux mois au cours desquels les corrections sont effectuées. Si l'indu se rattache à une période antérieure à M-13, le DRM n'en tient pas compte, alors qu'il prend en revanche en compte le rappel, ce qui majore à tort le montant des ressources. Cette dissymétrie a entraîné la suspension à tort des aides au logement de 84 000 allocataires. À la suite de la détection de ce problème, des « forçages » de données ont été effectués en faveur des allocataires ayant déposé une réclamation, mais ceux qui ne se sont pas manifestés n'ont pas été rétablis dans leurs droits. Au moment des constats de la Cour, ce rétablissement dans les droits avait un caractère incertain.

Le DRM ne comporte logiquement⁵⁷¹ aucune donnée de salaire pour les personnes travaillant à l'étranger, mais résidant en France. Sans qu'il soit possible de modifier son fonctionnement, le moteur de calcul des aides au logement de la Cnaf considère que si la DSN comprend une donnée de salaire à « 0 » la ressource de nature salaire est égale à 0, ce qui a déclenché à tort le versement d'aides au logement à taux maximal pour certains travailleurs frontaliers au moment de l'entrée en vigueur de la réforme.

En outre, d'autres anomalies peuvent être liées à des erreurs déclaratives des employeurs et des organismes de la sphère sociale, à des erreurs de paramétrage des logiciels de paie par les éditeurs ou encore à des erreurs imputables aux règles de gestion des données appliquées par les organismes déclarants pour Pasrau.

Selon les cas, les anomalies sont détectées ou non par les bénéficiaires de prestations et les organismes sociaux. Quand elles le sont, la Cnaf a mis en œuvre des procédures de « forçage » de son système d'information destinées à permettre un traitement manuel des données concourant au calcul des prestations. En 2021, près de 400 000 dossiers au total, concernant environ 5,5 % des bénéficiaires d'aides au logement, ont fait l'objet d'un tel « forçage ». Ces procédures dérogatoires induisent des risques accrus d'erreurs de calcul des prestations.

⁵⁷¹ L'employeur situé à l'étranger déclare les salaires versés selon les règles applicables dans son pays, et non dans la DSN française.

En 2019, la Cnaf évaluait le coût ponctuel en personnel de la mise en œuvre de la réforme à venir des aides au logement à 1 723 ETP pour la première année⁵⁷². En 2022, elle estime que plus de 2 000 ETP ont été mobilisés en 2021 (dont 318 pour rectifier des anomalies).

*

**

L'insuffisante fiabilité de l'utilisation d'une partie des données du DRM, l'adaptation trimestrielle du montant des prestations sur la base de données en partie instables et la mauvaise compréhension de leur situation par les bénéficiaires ont donc engendré des difficultés dans la mise en œuvre de la réforme des aides au logement. Celle-ci pourrait d'ailleurs déboucher sur une dégradation du paiement à bon droit des aides au logement par rapport à l'avant-réforme.

L'augmentation du poids des indus et des rappels non détectés⁵⁷³

Le montant des indus et des rappels, non détectés au bout de neuf mois, au titre des aides au logement versées entre octobre 2020 et mars 2021 a représenté 12 % des montants versés (dont 66 % d'indus et 33 % de rappels) contre 7,8 % (dont 75 % d'indus et 25 % de rappels) pour la période octobre 2019-mars 2020. Cette évolution traduit une hausse des erreurs de calcul des prestations du fait notamment de déclarations spontanées non reçues ou erronées de certains allocataires et d'erreurs ponctuelles de calcul (voir *supra*). Il est probable que les indus et rappels définitivement non détectés au bout de 24 mois augmenteront eux aussi quand s'appliqueront les règles de prescription, d'autant que l'estimation à 9 mois couvre encore un seul trimestre d'application de la réforme des aides au logement (de janvier à mars 2021).

Afin de remédier à cette dégradation du paiement à bon droit des aides au logement, il convient que la Cnaf s'attache à détecter plus largement les indus et rappels imputables soit à des données erronées déclarées ou omises par les allocataires, soit à la correction ultérieure de données intégrées au DRM et prises en compte pour verser les aides au logement.

⁵⁷² Ces besoins en ETP étaient évalués à 574 pour 2022 et à 232 pour 2023, avant de devenir nuls en 2024.

⁵⁷³ Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale*, exercice 2021.

B - Utiliser le DRM à bon escient selon les prestations

Au-delà des aides au logement et de la C2S, plusieurs chantiers sont engagés en vue d'utiliser les données du DRM pour liquider les pensions de réversion, le RSA et la prime d'activité. Un recours aux données du DRM est par ailleurs envisagé pour les autres prestations versées par les CAF, notamment à des fins d'économies⁵⁷⁴, et pour la mise à jour des minima sociaux de la retraite (Aspa), du chômage (ASS) et de l'invalidité (ASI), ainsi que des pensions d'invalidité⁵⁷⁵ et de l'allocation de retour à l'emploi (ARE)⁵⁷⁶.

1 - Une gouvernance transversale à structurer

La mise en œuvre de la réforme des aides au logement a fait apparaître des manques d'anticipation et des lenteurs de prise de décision qui dénotent des carences dans la gouvernance du DRM et des projets numériques transverses au sein de la sphère sociale.

La direction de la sécurité sociale n'a ainsi confié à la Cnav, opérateur du DRM⁵⁷⁷, la mission de centraliser et d'analyser les anomalies qu'en février 2022, soit plus d'un an après l'entrée en vigueur de la réforme des aides au logement, pourtant retardée d'une année et demi. La Cnaf a elle-même tardé à définir les circuits et modalités de suivi des demandes de corrections d'erreurs de calcul ; une cellule interne centralisée n'a été mise en place qu'en septembre 2021. Au-delà du cas particulier des indemnités journalières (voir *supra*), les organismes sociaux n'avaient pas encore analysé de manière exhaustive les effets des mois de rattachement des révisions des autres prestations dans Pasrau sur le calcul des aides au logement au moment des constats de la Cour.

⁵⁷⁴ S'agissant des allocations familiales, le ministère des solidarités et de la santé envisage de prendre en compte, au lieu des revenus N-2, les revenus N-1 fiabilisés par les données du DRM et une révision annuelle des allocations, une fois connues les données fiscales de N. Les revenus N étant généralement plus élevés que ceux de N-2, une économie en base annuelle estimée entre 250 M€ et 350 M€ pourrait être réalisée.

⁵⁷⁵ Leur montant varie en fonction des revenus professionnels de leurs bénéficiaires.

⁵⁷⁶ Une pension d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie doit être intégralement déduite du montant de l'ARE lorsqu'elle n'a jamais été cumulée avec les revenus de l'activité professionnelle prise en compte pour l'ouverture du droit à l'ARE. Par ailleurs, l'ARE ne peut être cumulée avec des indemnités journalières, le bénéfice de l'ARE supposant d'être physiquement apte à reprendre un emploi.

⁵⁷⁷ La Cnav est l'opérateur de nombreux dispositifs et référentiels informatiques pour le compte de l'ensemble de la protection sociale, notamment le système national de gestion des identifiants (SNGI – il est le miroir du répertoire national d'identification des personnes physiques de l'Insee), le répertoire de gestion des carrières unique de l'ensemble des régimes de retraite (RGCU) et la base des DSN.

De manière générale, la répartition des responsabilités et les niveaux de décisions ne sont pas clairement établis et évoluent en réaction à la survenance de difficultés.

Une concertation collective sur la construction des bases de données DSN et Pasrau et les règles de gestion de leur alimentation préviendrait des erreurs de conception, qui ont eu des conséquences sur les droits des bénéficiaires et la charge de gestion des CAF. L'élaboration d'une feuille de route du DRM indépendamment des évolutions apportées aux systèmes-sources de ses données et des différents systèmes d'informations transverses à la protection sociale est problématique.

La mise en place d'une instance stratégique et collective ayant pour mission d'articuler les évolutions de ces systèmes apparaît indispensable. La structure et le fonctionnement du modèle de données du DRM gagneraient à être partagés et clarifiés en y associant dès l'expression des besoins le groupement d'intérêt public « modernisation des données sociales » (GIP-MDS), qui gère les normes et les deux systèmes de flux de données (DSN et Pasrau) alimentant le DRM. Cette instance devrait aussi traiter les enjeux réglementaires, qui ont des incidences sur le fonctionnement technique de la révision périodique des prestations.

2 - Des risques à maîtriser pour les nouvelles utilisations du DRM

Parmi l'ensemble des projets d'utilisation des données du DRM, ceux relatifs au RSA et à la prime d'activité présentent les enjeux les plus élevés au regard du nombre d'allocataires concernés⁵⁷⁸, des montants versés⁵⁷⁹ et des niveaux élevés d'erreurs, d'indus et de fraudes caractérisant ces prestations (voir *supra*). Comme pour les aides au logement, le scénario privilégié pour l'utilisation des données du DRM repose sur un calcul direct des droits des allocataires. Ces derniers n'auraient ainsi plus à effectuer de déclarations trimestrielles de ressources, sauf cas particulier (revenus du travail indépendant notamment). La période de référence des ressources continuerait à porter sur les mois M-3, M-2 et M-1.

Or, l'utilisation du DRM pour liquider directement des prestations dont la période de référence est inférieure à 12 mois présente d'importantes difficultés opérationnelles.

⁵⁷⁸ 4,5 millions de foyers et 8,8 millions de personnes couvertes par la prime d'activité, 1,95 million de foyers et 3,9 millions de personnes couvertes par le RSA.

⁵⁷⁹ 11,7 Md€ pour le RSA et 9,5 Md€ pour la prime d'activité versés par les CAF en 2021.

Des données contemporaines manquant de stabilité

Les employeurs doivent déclarer dans leur DSN les salaires versés au plus tard les 5 ou 15 du mois M suivant celui de la période travaillée. Ces données traitées par le GIP-MDS sont seulement disponibles le 22 ou le 23 de ce mois M pour la Cnaf et la MSA. Pour que les prestations soient versées le 5 du mois M+1, les droits doivent avoir été calculés à titre définitif par les caisses pour le 25 ou le 26 du mois M au plus tard. Le temps consacré à la réalisation et à la sécurisation du calcul des droits est donc très réduit pour une période de référence des ressources M-3, M-2, M-1.

De plus, une fraction significative des employeurs transmet sa DSN avec retard (en moyenne 3,5 % au régime général et 8 % au régime agricole).

Au demeurant, un mois dit « de paie » n'est pas complet sur le mois civil. Les paies du mois M sont en effet fondées sur des événements intervenus entre le 25 de M-1 et le 25 de M : pour connaître M, il faut cumuler la DSN de M et celle de M+1.

Enfin, certains événements (maladie, absences, etc.) sont connus avec retard par les gestionnaires de la paie, et les DSN de M peuvent ainsi être rectifiées en M+1, voire en M+2.

Plus fondamentalement, la collecte mensuelle des données de salaire par le DRM ne change pas la réalité de la paie, qui est annuelle et comprend le versement de primes ou d'un 13^{ème} mois sur certains mois. Par nature, la prise en compte d'une période de référence plus courte que 12 mois pour calculer des prestations est donc susceptible de déboucher sur une instabilité des calculs de prestations entre deux trimestres. Pour ce motif, la régularisation du taux de prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu n'est effectuée qu'une fois par an, et non de manière infra-annuelle.

La mise à jour du RSA et de la prime d'activité présenterait ainsi des risques accrus par rapport à celle des aides au logement, dont la période de référence court de M-13 à M-2, ou de la C2S, dont la période de référence a justement été remontée d'un mois (de M-12 à M-1 à M-13 à M-2 également) afin de permettre l'utilisation des données du DRM dans des conditions sécurisées. Afin de réduire ces risques opérationnels, il conviendrait de reculer d'un mois la période de référence du RSA et de la prime d'activité (qui deviendrait ainsi M-4 à M-2, au lieu de M-3 à M-1) s'il était décidé de liquider ces prestations directement à partir des données du DRM. Des alternatives techniques⁵⁸⁰ au recul d'un mois de ces périodes de référence existent, mais semblent peu opportunes.

⁵⁸⁰ Recul de la date de paiement des prestations (actuellement fixée au 5 de chaque mois M+1) ou alignement sur le 5 du mois M+1 de la date de la DSN des employeurs de moins de 50 salariés (qui déclarent aujourd'hui au 15 du mois M+1).

Une option, alternative à une liquidation directe à partir des données du DRM, serait de maintenir des déclarations trimestrielles de ressources qui présenteraient aux bénéficiaires des montants de salaires et de prestations sociales préremplis à partir des données du DRM.

Si cette procédure, retenue pour une autre prestation⁵⁸¹, peut apparaître moins fluide qu'une liquidation directe à partir des données du DRM – éventuellement suivie d'une demande de correction –, elle présente deux avantages essentiels. D'une part, elle renforcerait les possibilités de détection par le bénéficiaire d'éventuelles erreurs sur les données-source, évitant ainsi qu'elles n'affectent le calcul des prestations. D'autre part, la déclaration par les allocataires des données de ressources ne figurant pas dans le DRM (revenus du travail indépendant et pensions alimentaires notamment) et des changements ayant pu survenir dans la composition de leur foyer ne reposerait pas uniquement sur une manifestation spontanée de leur part – au risque de favoriser l'extension des omissions déclaratives et des fraudes – mais serait sollicitée selon une périodicité régulière.

L'utilisation des données du DRM pour le calcul du montant du RSA, de la prime d'activité ou de l'AAH soulève ainsi trois questions auxquelles des réponses devront être apportées : l'ampleur souhaitable de l'écart entre la fin de la période de référence et le mois au titre duquel la prestation est versée, la pertinence de périodes de référence trimestrielles et, en fonction des réponses apportées aux deux précédentes, l'opportunité de réviser le montant de la prestation tous les trois mois.

La phase de tests « à blanc » conduite sur les données M-3 à M-1 du DRM, qui a été lancée dans cinq CAF expérimentatrices en janvier 2022 et dont les résultats seront connus avant la fin de l'année, doit permettre d'objectiver les risques et conditions de la révision trimestrielle du montant du RSA et de la prime d'activité à partir des données du DRM. Son bilan doit permettre d'éclairer les arbitrages à rendre entre la suppression sauf exception des déclarations trimestrielles de situation et de ressources et leur maintien avec des données de salaires et de prestations fiabilisées au préalable par celles du DRM.

Le ministère des solidarités et de la santé indique qu'en tout état de cause, il n'existe pas d'obstacle de principe à ce que les usages du DRM soient différenciés selon les prestations, en fonction notamment de la durée de la période de référence prise en compte pour apprécier les ressources.

⁵⁸¹ Dans le projet d'utilisation des données du DRM pour le calcul des pensions de réversion, il est prévu que les données de ressources annuelles soient pré-remplies dans les champs du formulaire de demande et que le demandeur en valide le montant.

3 - Des contrôles *a posteriori* à intensifier grâce au DRM

L'utilisation des données du DRM pour liquider les prestations ne permet pas de couvrir certains risques d'omissions ou d'erreurs déclaratives, volontaires ou non : revenus du travail non-déclaré, évolutions de la composition du foyer ou départs à l'étranger non-signalés. Au regard de l'acuité de ces risques, un renforcement des contrôles sur pièces et sur place des CAF apparaît nécessaire, y compris par rapport à la période antérieure à la crise sanitaire, afin d'améliorer le paiement à bon droit des prestations pour lesquelles les erreurs au sens large et les fraudes sont les plus fréquentes (RSA, prime d'activité et aides au logement).

À cet égard, les données du DRM devraient être utilisées pour contrôler *a posteriori* la situation des bénéficiaires, que leurs prestations aient été ou non liquidées avec le concours du DRM. La confrontation rétrospective des données déclarées par les bénéficiaires avec celles du DRM permettrait de détecter de manière plus précoce et exhaustive les omissions de déclarations de reprises d'activité, de salaires et de prestations au cours de la période pendant laquelle les prestations sont versées.

S'agissant des pensions de réversion dont le montant n'est pas définitif⁵⁸², l'utilisation des données du DRM élargirait notablement les possibilités de détection – aujourd'hui limitées⁵⁸³ – des changements de situations qui justifient une révision du montant des prestations. Si les indemnités journalières pour arrêt de travail (pour maladie, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle) ne sont pas attribuées en fonction des ressources, l'observation dans le DRM de versements de salaires complets au titre de mois indemnisés permettrait de détecter des reprises anticipées d'activité non déclarées par les employeurs, justifiant la mise en recouvrement d'indus.

L'utilisation des données du DRM à des fins de contrôle des déclarations et de lutte contre les fraudes est ainsi à prévoir dans le droit positif et à organiser. De manière symétrique, la détection de situations de non-recours aux droits aurait vocation à figurer parmi les finalités du DRM.

⁵⁸² Le montant de la pension de réversion n'est définitif que lorsque le survivant fait valoir ses droits personnels ou, à défaut, à l'âge légal de départ à la retraite.

⁵⁸³ En l'absence de déclaration périodique de ressources, la personne bénéficiaire doit spontanément déclarer tout changement concernant la composition (remise en couple...) et les ressources de son foyer. La caisse de retraite effectue un contrôle de situation un an après le premier paiement et deux ans après ce premier contrôle.

C - Parallèlement à l'utilisation du DRM, des simplifications nécessaires

Outre l'utilisation des données du DRM, la gestion des prestations appelle des simplifications d'ambition et de difficulté variables.

1 - Proposer aux usagers des outils performants

Le portail national des droits sociaux (PNDS) permet aux allocataires de prendre connaissance de la nature et du montant des ressources rassemblées par le DRM. En revanche, il ne présente pas le montant des ressources retenu par prestation. Une mise en forme des données de ressources dans le format exigé par la base ressources de chaque prestation permettrait à leurs bénéficiaires de mieux comprendre les modifications de leurs droits liées à des variations de leurs ressources. Cette intelligibilité accrue pourrait prévenir des demandes d'explication auprès des organismes payeurs. Par ailleurs, les personnes qui consultent le PNDS pourraient également utiliser leurs données de ressources mises en forme dans les simulateurs de prestations qui leur sont proposés, ce qui contribuerait à améliorer l'accès aux droits.

Si l'ergonomie en demeure perfectible, la branche famille a largement mené à bien la numérisation des modalités d'acquisition des données : en 2020, 74 % des démarches pouvaient être effectuées en ligne ; les démarches non disponibles en ligne portent sur des flux réduits (comme ceux ayant trait aux tutelles).

La fiabilité des données favorisée par les téléservices

Par rapport à une déclaration manuscrite, une déclaration saisie sur support informatique génère moins d'erreurs de saisies, est généralement mieux complétée par le demandeur et est de meilleure qualité du fait des contrôles de cohérence intégrés au formulaire numérique. Elle peut aussi intégrer des données issues de flux d'informations comme le DRM, et contribuer au pré-remplissage des formulaires par les ressources déjà connues.

En revanche, les branches vieillesse et maladie n'ont que récemment ouvert des services de demande en ligne de droits ou prestations à forte volumétrie, comme les pensions de réversion (juillet 2020) et la C2S (fin 2018). Ce chantier demeure à engager pour l'Aspa et les pensions d'invalidité. Il conditionne une utilisation efficiente des données du DRM, et donc les gains de productivité pour les caisses comme l'amélioration du service rendu aux bénéficiaires.

Enfin, la conformité du DRM aux dispositions du règlement général sur la protection des données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 a été attestée *a priori*⁵⁸⁴. Il serait néanmoins pertinent que les organismes utilisateurs du DRM s'assurent, en pratique, de la conformité au RGPD des usages qui en sont faits, pour ce qui concerne notamment les conditions de l'habilitation de leurs agents à accéder à ses données et la traçabilité des consultations qu'ils effectuent.

2 - Mutualiser les informations sur les modifications de la composition du foyer entre les organismes sociaux

Pour l'ensemble des droits et prestations, les ressources prises en compte sont celles du foyer du bénéficiaire, et le montant des prestations croît généralement en fonction du nombre de personnes à charge.

Or, les modifications de la composition d'un foyer sont multiples et fréquentes (décès⁵⁸⁵, émancipation d'un enfant, séparation, remise en couple après une période de célibat...). La fiabilisation de cette composition est donc primordiale pour payer à bon droit les prestations.

La mise en place d'une transmission automatisée à l'ensemble des organismes sociaux de toute nouvelle information relative à l'évolution de la composition du foyer, par l'organisme qui vient à en disposer, serait donc opportune. La déclaration de changement de situation pourrait être effectuée selon diverses modalités non exclusives les unes des autres : auprès d'un organisme, comme aujourd'hui, ou par un nouveau service s'inspirant de la déclaration de changement d'adresse ou de coordonnées de contact sur service-public.gouv.fr, ou encore par l'élargissement des finalités d'un service existant comme le PNDS.

Tout en permettant de limiter les versements indus et les rappels de prestations non effectués, elle donnerait une portée pratique accrue au principe « *Dites-le nous une fois* », rappelé par la loi du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance (« Essoc »).

⁵⁸⁴ La Cnil s'est prononcée favorablement sur les textes régissant le DRM par ses délibérations n° 2019-072 du 23 mai 2019, n° 2019-155 du 19 décembre 2019 et n° 2020-120 du 3 décembre 2020.

⁵⁸⁵ Le système national de gestion des identifiants (SNGI) permet déjà d'informer de manière automatisée l'ensemble des organismes de protection sociale des modifications de l'état civil (nom, prénom, date de naissance...) ou de décès, pour les personnes enregistrées dans leurs bases de bénéficiaires.

3 - Simplifier et homogénéiser les réglementations des prestations

Malgré l'utilisation des données du DRM, les demandeurs et bénéficiaires des prestations devront toujours accomplir des déclarations. Il conviendrait toutefois d'en réduire le nombre et de les rendre plus aisées en simplifiant et en harmonisant notamment les bases-ressources.

À la demande du Premier ministre, le Conseil d'État s'est penché sur cette question⁵⁸⁶ et a proposé d'engager une démarche de simplification et de convergence des bases ressources des droits et prestations dont l'assiette ne correspond pas au revenu imposable, qui concentrent les principales difficultés.

Principales propositions du Conseil d'État sur les bases-ressources

Salaires : retenir une ligne unique du bulletin de paie, le « net à payer avant impôt sur le revenu » pour le RSA, la prime d'activité et la C2S. Les allocataires conserveraient la faculté de déduire les frais réels.

Revenus d'activité des travailleurs indépendants : aligner la période de référence des aides au logement sur la règle prévue pour le RSA et la prime d'activité, soit le bénéfice de l'année N-1 dès que la donnée est disponible et actualiser le bénéfice selon la dernière année de chiffre d'affaires connue.

Revenus de l'épargne : prendre en compte les données fiscales de la dernière année connue pour les revenus imposables et les déclarations de tiers (banques) et des intéressés pour les revenus non imposables.

Patrimoine non productif de revenus : recentrer sa définition sur les biens ni exploités, ni placés ; valorisation dans les conditions actuelles pour les biens immobiliers et à hauteur du taux du livret A pour les capitaux ; application d'une franchise sur les livrets et comptes courants.

Revenus de remplacement : les apprécier en fonction de leur montant net, et non plus brut, pour l'Aspa et l'ASI.

Pensions alimentaires versées : à déduire systématiquement, y compris pour le RSA et la prime d'activité.

Aides des proches : prise en compte uniquement à partir d'un seuil, comme c'est déjà le cas pour la C2S.

⁵⁸⁶ Conseil d'État, *Les conditions de ressources dans les prestations sociales : plus de simplicité, plus de cohérence*, juillet 2021.

Une simplification de la définition des salaires pris en compte pour le calcul des droits aux prestations est un enjeu de premier plan. Le « net à payer avant impôt sur le revenu » proposé par le Conseil d'État présente l'avantage d'être directement lisible par les bénéficiaires de prestations sur leur bulletin de salaire. Cependant, il n'est pas véhiculé dans la DSN et il ne figure donc pas dans le DRM. Surtout, il ne comprend pas certains revenus du travail (avantages en nature) et peut majorer (remboursements de frais professionnels) ou minorer les montants (saisies sur salaires) des revenus effectifs des salariés.

Le ministère des solidarités et de la santé envisage de retenir une autre notion, le « revenu net réel versé », défini comme le revenu brut, y compris les avantages en nature accordés par l'employeur, diminué des cotisations et contributions sociales à la charge des salariés. Ce nouvel agrégat devrait cependant être inscrit dans le bulletin de paie, venant ainsi s'ajouter à quatre autres⁵⁸⁷, alors que ce document a été simplifié en 2018. Un effort de pédagogie sur la composition de ce « revenu net réel versé » et les finalités de cette nouvelle donnée devrait en toute hypothèse être effectué.

Le salaire brut, après application d'un taux forfaitaire d'abattement représentatif des prélèvements sociaux à la charge des bénéficiaires de droits et de prestations, pourrait constituer une piste alternative aux propositions précédentes et simple à mettre en œuvre à travers la DSN.

Quelle que soit la définition des éléments de salaires qui serait finalement retenue, il est essentiel qu'elle s'applique à l'ensemble des prestations versées sous conditions de ressources, notamment par les CAF, dont les bénéficiaires sont pour partie communs.

⁵⁸⁷ Salaire brut, montant imposable, net à payer avant impôt et net à payer après impôt.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les prestations sociales calculées en fonction des ressources ont des caractéristiques complexes et hétérogènes alors qu'elles s'adressent en grande partie aux mêmes publics de bénéficiaires. Elles sont lourdes à gérer pour ces derniers, qui doivent généralement effectuer des déclarations périodiques, et pour les organismes sociaux, qui leur consacrent des moyens importants. Elles sont souvent attribuées à tort ou pour des montants erronés, avec un coût élevé pour les finances publiques.

Dans ce contexte, le dispositif ressources mensuelles (DRM), qui permet d'appréhender à la source, auprès des entreprises et des organismes de protection sociale, les revenus salariaux et de remplacement, marque un progrès important pour fiabiliser une part prépondérante des ressources et simplifier la gestion des prestations.

Le DRM a ainsi pu apparaître comme une solution permettant de concilier quatre considérations : le maintien en l'état de la complexité de la réglementation des prestations ; une adaptation plus fréquente du montant des prestations à l'évolution des ressources des intéressés dans un objectif d'équité, mais aussi d'économies ; une fiabilité accrue des principales données de ressources prises en compte ; une gestion moins lourde pour les bénéficiaires et pour les organismes sociaux.

Les conditions de mise en œuvre de la réforme des aides au logement montrent toutefois que des tensions fortes peuvent apparaître entre ces considérations. Afin de mieux les concilier, il convient de structurer plus efficacement les chantiers visant à utiliser les données du DRM pour liquider les prestations, de retenir des modalités pragmatiques pour cette liquidation et d'accompagner ces évolutions par d'autres progrès.

À cet égard, dans un objectif de simplification administrative, la réglementation de l'ensemble des droits et prestations doit être revisitée, en appréciant pour chaque droit et prestation les avantages et inconvénients propres aux natures de ressources prises en compte, aux périodes de référence retenues pour les apprécier et aux périodicités et modalités de révision de leurs montants, et en veillant à améliorer la cohérence des règles régissant ces prestations.

Des choix devront être faits entre simplicité et exhaustivité de l'assiette des ressources, de même qu'entre rapidité d'adaptation et prévisibilité du montant des prestations pour leurs bénéficiaires. Eu égard à son ampleur et à la sensibilité des questions qu'il aborde, ce chantier doit être conduit dans un calendrier de moyen terme, dans une double préoccupation d'équité et de maîtrise des dépenses de prestations.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

33. *engager un chantier de simplification ayant pour objectif d'harmoniser les périodes de référence, les périodicités d'actualisation et les bases-ressources des prestations sociales versées sous conditions de ressources ; en priorité, adopter une définition unique des éléments de salaires pris en compte par l'ensemble des bases-ressources des différentes prestations ;*
 34. *parmi les possibilités d'utilisation des données du DRM, privilégier celle permettant de sécuriser le paiement à bon droit des prestations sociales pour leurs bénéficiaires et les organismes sociaux ; à ce titre, autoriser dans le droit positif l'usage du DRM pour le contrôle a posteriori des prestations versées, que celles-ci aient ou non été liquidées avec son concours (ministère chargé de la sécurité sociale, organismes sociaux) ;*
 35. *assurer la transmission simultanée aux organismes sociaux des déclarations modifiant la composition des foyers bénéficiaires de prestations (ministère chargé de la sécurité sociale, organismes sociaux).*
-

Chapitre X

**La protection sociale des travailleurs
indépendants à la suite
de la suppression du RSI : des objectifs
globalement atteints, de nouvelles
évolutions à envisager**

PRÉSENTATION⁵⁸⁸

À l'issue d'un long processus d'unification d'une partie de la protection sociale des travailleurs indépendants, puis de rapprochement avec celle des travailleurs salariés, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a supprimé le régime social des indépendants (RSI) au premier janvier de cette même année et confié la gestion de la protection sociale de ses ressortissants au régime général des travailleurs salariés.

Le RSI, créé au 1^{er} juillet 2006, avait regroupé le régime maladie-maternité des artisans, des commerçants et des professionnels libéraux (Canam) et les régimes de retraite des artisans (Cancava) et des commerçants (Organic), eux-mêmes issus de régimes par profession. Au 1^{er} janvier 2008, le recouvrement des cotisations sociales destinées à financer les prestations du RSI avait été regroupé au sein du dispositif dit de l'interlocuteur social unique (ISU) avec celui des cotisations et contributions jusque-là assuré par le réseau des Urssaf.

Fruit d'un compromis entre le RSI et les Urssaf, mal préparée, la réforme de l'ISU, censée améliorer le service rendu aux cotisants, a provoqué des désordres majeurs. La Cour a analysé ces dysfonctionnements⁵⁸⁹ et en a suivi la lente résorption dans ses rapports annuels de certification des comptes du régime général de sécurité sociale. En 2016, elle recommandait de confier la totalité des tâches de recouvrement au réseau des Urssaf, afin de responsabiliser pleinement ce dernier et de mettre en place un interlocuteur effectivement unique⁵⁹⁰. En 2017, malgré des progrès sensibles dans sa gestion, la réputation du RSI était dépréciée.

L'intégration des activités du RSI au sein du régime général a été menée conformément aux objectifs fixés par le législateur (I). Les progrès réalisés permettent d'envisager une extension de la gestion par le régime général à d'autres catégories de travailleurs indépendants (II). Des chantiers majeurs restent toutefois à engager afin de poursuivre la normalisation du recouvrement des prélèvements sociaux, de les simplifier et de rapprocher les droits et prélèvements des indépendants avec ceux des salariés (III).

⁵⁸⁸ Pour la réalisation de cette enquête, la Cour a bénéficié du concours de deux auditeurs de la mission nationale de contrôle de la direction de la sécurité sociale.

⁵⁸⁹ Cour des comptes, « *Le régime social des indépendants et l'interlocuteur social unique* », Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2012.

⁵⁹⁰ Cour des comptes, *Simplifier la collecte des prélèvements des entreprises*, rapport public thématique, juillet 2016.

I - Une intégration globalement réussie des activités du RSI au régime général

A - Une réorganisation de grande ampleur

1 - L'intégration des missions du RSI au régime général

La suppression du RSI a eu trois conséquences sur la protection sociale des indépendants non agricoles.

D'abord, c'est au titre du régime général que les assurés bénéficient désormais de la plupart des prestations, qui leur étaient antérieurement versées par le RSI : remboursements de frais de santé, indemnités journalières maladie et maternité et retraites de base pour les artisans-commerçants ; remboursements de frais de santé et indemnités journalières maternité pour les professions libérales.

Ensuite, trois prestations destinées aux artisans-commerçants continuent de relever de deux régimes distincts du régime général : retraites complémentaires ; pensions d'invalidité et capitaux-décès. Un Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI) pilote ces régimes. Par délégation du CPSTI, les caisses du régime général gèrent ces prestations, ainsi que celles d'action sociale.

Enfin, les Urssaf effectuent désormais la totalité des tâches relatives au recouvrement des cotisations et contributions sociales des ressortissants des caisses de l'ex-RSI : CSG, CRDS et contribution à la formation professionnelle ; cotisations d'allocations familiales, d'assurance maladie et d'assurance vieillesse de base du régime général ; cotisations d'assurance vieillesse complémentaire et d'invalidité-décès du CPSTI.

La réforme a concerné les professions libérales uniquement pour les remboursements de frais de santé et les indemnités journalières maternité, qui relevaient du RSI et ont ainsi été intégrés au régime général. Toutefois, depuis 2018, en application de dispositions de la LFSS pour 2017, la plupart des professionnels libéraux qui débutent une nouvelle activité non réglementée ne sont plus affiliés à la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (Cipav), mais au régime général. Ils bénéficient à ce titre des retraites de base du régime général et des retraites complémentaires, pensions d'invalidité et capitaux décès relevant du CPSTI. La LFSS pour 2018 a élargi la liste des professions non réglementées transférées au régime général. La MSA reste quant à elle compétente pour la protection sociale des non-salariés agricoles.

Conformément à la loi, l'ensemble des salariés des caisses du RSI, ainsi que ceux des organismes conventionnés par le RSI (19 mutuelles et une société d'assurance qui se consacraient à titre principal à la gestion des remboursements de frais de santé et aux indemnités journalières), soit plus de 6 500 salariés au total, ont vu leur contrat de travail transféré au sein d'un organisme du régime général. Les branches du régime général ont aussi reçu le patrimoine immobilier, mobilier et informatique du RSI.

À la suite de la suppression du RSI, le régime général a ainsi cessé d'être celui des salariés pour devenir celui des salariés et des travailleurs indépendants non agricoles, hormis pour les retraites de base des professionnels libéraux et les pensions d'invalidité et capitaux-décès de l'ensemble des indépendants non agricoles. Il est devenu responsable, ou gestionnaire par délégation du CPSTI, d'un vaste ensemble de missions et de moyens.

Missions et moyens transférés du-RSI au régime général

Contenu des missions transférées

3,8 millions de cotisants (dont près de 2 millions de micro-entrepreneurs), 4,4 millions d'assurés maladie et 2,1 millions de retraités (2020)

26,5 Md€ de cotisations et contributions sociales au total (tous risques, 2019)

7,9 Md€ de remboursements de frais de santé (en 2017) et 7,9 Md€ de retraites de base du régime général ; 2,1 Md€ de retraites complémentaires et 334 M€ de prestations invalidité-décès pour le compte du CPSTI (2020)

1,2 Md€ d'aides exceptionnelles d'action sociale et 0,05 Md€ d'aides classiques, non liées à la crise sanitaire (2020)

18,4 Md€ de réserves financières gérées pour le compte du CPSTI (2020)

Salariés intégrés aux organismes du régime général (en 2019-2020)

4 941 salariés en CDI du RSI et 1 595 en CDI des organismes conventionnés

Moyens matériels (intégrés au 1^{er} janvier 2020)

54 immeubles de bureaux (35 en propriété et 19 en location), soit 137 000 m²

292 applications informatiques

2 - Des enjeux élevés pour les branches du régime général

C'est avec le réseau des Urssaf que le RSI avait les rapports les plus étroits, en raison du déploiement d'actions coordonnées visant à résorber les dysfonctionnements du dispositif dit de l'ISU, puis de l'instauration par la LFSS pour 2017 d'une organisation commune du recouvrement placée sous la responsabilité conjointe des directeurs de l'Acoss et de la caisse nationale du RSI. Ce nouveau dispositif mettait formellement fin à l'ISU et généralisait⁵⁹¹ la mutualisation des activités entre les Urssaf et le RSI, tout en maintenant l'existence autonome de ce régime.

Pour le réseau des Urssaf, l'intégration des activités du RSI était un enjeu d'autant plus fort que le recouvrement avait été l'origine de la défiance à l'égard du RSI et que les salariés transférés du RSI (2 028 personnes physiques) représentaient 15 % de ceux de ce réseau. De plus, les caisses du RSI utilisaient des outils informatiques pour partie distincts (pour gérer les recours contentieux par exemple), avaient des pratiques parfois différentes pour le recouvrement forcé des créances et recouraient à cette fin à leurs propres huissiers et avocats.

La liquidation unique des retraites de base des régimes alignés (Lura), entrée en vigueur en juillet 2017 pour les salariés du régime général et du régime agricole et les artisans-commerçants du RSI, avait déjà conduit à harmoniser les règles (calcul du revenu annuel moyen⁵⁹²), à verser une prestation unique aux assurés dont la carrière s'est déroulée sous plusieurs des trois régimes précités et à doter les assurés d'un interlocuteur unique pour la liquidation de leurs droits à retraite. Dans le cadre de la Lura, qui couvrait 95 % des indépendants relevant du RSI, le dernier régime d'affiliation devait traiter la demande de retraite et faire valider les autres périodes d'assurance s'y étant déroulées. De ce fait, un assuré ayant été artisan, puis salarié n'avait plus à s'adresser à la fois au RSI et au régime général, mais seulement à la caisse du régime général.

Pour la branche vieillesse du régime général, le transfert des activités du RSI a cependant rendu nécessaire l'appropriation de nouveaux processus de gestion. Contrairement à ceux des salariés, les droits aux prestations monétaires des indépendants, qui sont leur propre employeur, dépendent des cotisations acquittées et non de celles exigibles. En outre, les retraites complémentaires sont par points, et non par annuité, contrairement aux retraites de base. Par ailleurs, les salariés du RSI (1 736 personnes physiques) représentaient 14 % des effectifs de la branche.

⁵⁹¹ Au-delà des activités déjà mutualisées (traitement des affiliations et des radiations des cotisants par un service du RSI situé à Auray, dans le Morbihan).

⁵⁹² Celui des artisans-commerçants était calculé sur une base trimestrielle, plus favorable.

L'intégration des activités du RSI dans l'assurance maladie s'est inscrite dans un mouvement plus vaste, d'autres opérations de transfert de gestion concernant 13 mutuelles d'étudiants et de fonctionnaires étant par ailleurs engagées par la Cnam. S'agissant de l'opération relative au RSI, les salariés concernés (2 772 personnes physiques, dont 1 595 pour les organismes conventionnés et 1 177 pour le RSI) représentaient en moyenne 4,5 % de ceux de l'ensemble de l'assurance maladie, mais plus de 10 % pour un quart des CPAM (près de 40 % pour la Mayenne et le Cher). Devaient être transférées la gestion de droits et de remboursements de frais de santé identiques à ceux du régime général, mais aussi celle de prestations monétaires spécifiques (indemnités journalières, pensions d'invalidité et capitaux-décès), requérant des processus de gestion particuliers.

B - Une réforme menée sans heurt notable grâce des prérequis bien définis

La réforme décidée par la LFSS pour 2018 n'a pas modifié les droits, ni les prélèvements sociaux des indépendants. Elle s'est déroulée sans heurt notable grâce à la réunion de prérequis politiques, sociaux et techniques.

1 - Le maintien d'une gouvernance particulière de la protection sociale des travailleurs indépendants

Créé au 1^{er} janvier 2019, le CPSTI exerce des missions consultatives, de gestion et de suivi : surveillance de l'application des règles de la protection sociale des indépendants et de la qualité du service qui leur est rendu ; pilotage des régimes de retraite complémentaire et d'invalidité-décès et gestion de leur patrimoine financier ; détermination des orientations de la médiation et de l'action sanitaire et sociale destinées spécifiquement aux indépendants ; consultation obligatoire sur les projets de mesures législatives et réglementaires concernant la sécurité sociale des indépendants ; propositions de modifications législatives et réglementaires ; coordination et contrôle des instances régionales (Irpsti).

Contrairement à ceux des conseils d'administration des caisses du RSI, les représentants des travailleurs indépendants aux assemblées générales du CPSTI et des Irpsti ne sont pas élus, mais désignés par les organisations professionnelles représentatives. Comme l'était celui de la caisse nationale du RSI, le directeur du CPSTI est nommé par le Gouvernement.

La gestion par l'Acoss des réserves financières, constituées par les régimes d'invalidité et de retraite complémentaire relevant du CPSTI afin de faire face aux conséquences de l'évolution du rapport démographique entre cotisants et bénéficiaires des prestations, est étanche par rapport à celle des besoins de financement des branches du régime général. Ainsi, les régimes du CPSTI ne font aucune avance à ces dernières.

Des indicateurs font cependant encore défaut dans les rapports de gestion faits par les branches du régime général au CPSTI. En outre, les coûts sous-jacents aux rémunérations versées aux branches au titre de la gestion des prestations et des réserves financières des régimes du CPSTI devraient être documentés. Enfin, le budget de gestion administrative du CPSTI fixé par arrêté interministériel (3,9 M€ en 2022, dont 1,2 M€ de contribution au GIP Union retraite) devrait être étendu aux moyens humains et matériels accordés par les branches pour son fonctionnement (les conventions du CPSTI avec les branches mentionnent 57 ETP à titre indicatif), alors que ce budget est aujourd'hui limité aux moyens de la gouvernance du CPSTI, financés par les deux régimes qu'il pilote.

2 - Les garanties accordées aux salariés intégrés au régime général

En application du droit du travail, les contrats de travail des salariés du RSI et des organismes conventionnés (OC) ont été transférés de plein droit aux organismes du régime général, en conservant les anciennetés acquises. Tout licenciement ou mobilité forcée était exclu.

Afin d'éviter que ne s'appliquent des dispositions des conventions collectives du régime général parfois moins favorables que celles du RSI, la LFSS pour 2018 a prévu que l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (Ucanss)⁵⁹³ négocie des accords pouvant prévoir, en faveur des salariés du RSI intégrés, des garanties, pérennes ou transitoires, au moins aussi favorables que celles résultant des conventions du régime général. En outre, elle a prévu la recherche pour les salariés du RSI de solutions individuelles de reprise de leurs contrats de travail recueillant leur accord ; à défaut d'accord, le contrat de travail devait être transféré de plein droit à l'organisme du régime général dans la circonscription duquel se situait le lieu de travail du salarié dont les missions et activités se rapprochaient le plus de son activité antérieure.

⁵⁹³ L'Ucanss négocie les textes conventionnels qui régissent la situation des salariés des organismes du régime général de sécurité sociale.

Dans le cadre de ces dispositions, les conditions de l'affectation des salariés du RSI ont été fixées par un accord de méthode conclu par l'Ucanss avec l'ensemble des organisations représentatives du personnel du RSI (février 2018) et par un cadrage par l'Ucanss (septembre 2018) des décisions unilatérales prises par les organismes du régime général à la suite de l'opposition majoritaire de deux organisations à un second accord dit d'accompagnement.

En application de l'accord de méthode, des accords de transition négociés par l'Ucanss (mars 2019) ont prévu l'application intégrale et exclusive, à compter de 2023, des conventions du régime général aux salariés du RSI, sous réserve des garanties pérennes qui leur étaient accordées. La Cnam a de même négocié des accords de transition pour les salariés des organismes conventionnés. En application de ces accords, les salariés intégrés ont bénéficié du maintien de la rémunération brute correspondant à l'emploi qu'ils occupaient à la veille du transfert de leur contrat de travail ; les effets d'un repositionnement à un niveau inférieur dans les grilles de classification du régime général ont été neutralisés⁵⁹⁴.

Les salariés du RSI et des OC ont émis des souhaits d'affectation et bénéficié d'un à trois entretiens individuels avec les services de ressources humaines des caisses locales du régime général. À l'issue du premier entretien, près de 80 % des salariés du RSI se sont vus proposer une affectation conforme à leur premier choix en termes de branche et d'organisme d'affectation. Les propositions d'affectation pouvaient être contestées devant une cellule nationale de mobilité ; seuls 35 anciens salariés du RSI ont demandé un réexamen de leur situation.

Aucun conflit social national ou local n'est intervenu au titre de l'intégration des salariés du RSI et des organismes conventionnés. Les « baromètres » sociaux suivis par l'Ucanss et les branches font apparaître des taux appréciables de satisfaction des salariés intégrés (en moyenne, 7 à 8 sur 10 se disaient satisfaits à divers moments de 2021). Les actions d'accueil et de formation ont contribué à ce résultat. Cependant, la crise sanitaire, en imposant un large recours au travail à distance, n'a pas favorisé l'intégration à leur nouvelle communauté de travail.

⁵⁹⁴ Octroi de points de compétence et, s'ils ne suffisaient pas, versement d'une indemnité mensuelle appelée à diminuer en cas de promotion interne.

3 - Une réforme préparée et mise en œuvre de façon méthodique

Sauf exception, la réforme a pris effet à l'issue d'une période de transition de deux années. Entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2019, une caisse nationale déléguée (CNDSSTI) et 29 caisses locales déléguées pour la sécurité sociale des indépendants (CLDSSTI), issues des caisses nationale et régionales du RSI, ont apporté leur concours aux organismes du régime général, dans des conditions définies par un schéma de transformation fixé par un arrêté interministériel.

Dans le prolongement des travaux préparatoires au PLFSS pour 2018⁵⁹⁵, la direction de la sécurité sociale, les organismes nationaux du régime général et la CNDSSTI ont élaboré un schéma de transformation (approuvé en avril 2018) visant à définir les modalités et le calendrier du transfert des activités et des moyens du RSI aux branches du régime général. Certains aspects de ce schéma ont ensuite été modifiés (juin 2019). Enfin, un schéma stratégique d'organisation de la gestion de la sécurité sociale des indépendants a fixé l'organisation cible retenue (janvier 2020).

La LFSS pour 2018 a mis en place une gouvernance particulière de la réforme : un comité de pilotage réunissant les directeurs de la sécurité sociale et des organismes nationaux du régime général et de la CNDSSTI, et un comité de surveillance ouvert à des acteurs extérieurs à la sécurité sociale (DGFIP, Pôle emploi et Dinsic notamment). La direction de la sécurité sociale a affecté des agents de haut niveau au suivi de ce projet, et les comités de pilotage et de surveillance se sont réunis très régulièrement : respectivement 38 fois et 10 fois, entre janvier 2018 et mars 2020.

Par ailleurs, un comité national de gestion (CNG) et 12 comités territoriaux de suivi de la réforme (CTSR), qui réunissaient l'ensemble des organismes locaux concernés, ont assuré un cadre collégial de coopération (fixation des règles de repositionnement des agents et arbitrage des demandes de recrutements sur des postes vacants des caisses déléguées).

Dès le début de l'année 2018, les organismes nationaux du régime général ont pris en charge le pilotage des activités, dont la réalisation restait confiée aux CLDSSTI et aux organismes conventionnés, et mené de nombreux chantiers et projets⁵⁹⁶. Dès la période de transition, les futurs organismes d'affectation du régime général ont effectué des recrutements visant à compenser des départs en retraite de salariés des caisses déléguées. Début janvier 2019, les indépendants débutant leur activité ont été affiliés à une CPAM ; début 2020, il en a été de même des assurés affiliés avant la réforme.

⁵⁹⁵ Sous la conduite d'un inspecteur général des affaires sociales, M. Dominique Giorgi.

⁵⁹⁶ Ainsi, la Cnav a déployé huit chantiers nationaux : processus retraite, offre de service, médiation, action sociale, RH et accompagnement du changement, comptabilité, immobilier, informatique (SI), logistique. Hors SI, ils comprenaient 100 projets.

Par ailleurs, la transformation des systèmes d'information (292 applications informatiques du RSI) a été confiée jusqu'à la fin 2022 à un groupement d'intérêt économique « Systèmes d'information sécu-indépendants » regroupant la CNDSSSTI et les trois organismes nationaux du régime général. Aucun incident critique n'a affecté la continuité du service des prestations ou du recouvrement des prélèvements sociaux. Fin 2021, 207 applications étaient décommissionnées⁵⁹⁷. Sauf exception, aucun outil du RSI ne sera conservé. Pour certains de ces outils, le décommissionnement interviendra après 2022. C'est notamment le cas de l'outil *Asur*, utilisé pour liquider certaines des retraites des travailleurs indépendants, dans l'attente de la mise en service d'un nouvel outil retraite du régime général.

Des difficultés doivent cependant être relevées. L'assurance maladie a mis en service une nouvelle application (*Arpege*) pour liquider les indemnités journalières des indépendants puis, ultérieurement, celles des salariés. De nombreux incidents ont pénalisé le service rendu aux assurés en 2020 ; l'application a été modifiée à 42 reprises depuis 2020 afin de corriger des fonctionnalités ou en ajouter de nouvelles.

Enfin, dans le cadre de l'audit des comptes du régime général et du CPSTI qu'elle certifie, la Cour n'est pas parvenue à apprécier la portée des écarts potentiels entre les données des comptes cotisants prises en compte pour calculer les prestations contributives, notamment de retraite et les cotisations effectivement versées par les indépendants

II - Des progrès de gestion qui ouvrent la perspective de nouvelles intégrations

A - Un service aux indépendants globalement renforcé

Le législateur a entendu assurer la continuité de la couverture sociale d'assurés qui alternent ou cumulent souvent des activités salariées et non-salariées et améliorer le service qui leur est rendu. Ces objectifs ont été en grande partie atteints. Des points de vigilance perdurent cependant.

⁵⁹⁷ Processus consistant à mettre fin à l'utilisation d'applications informatiques.

1 - Une importante simplification pour les indépendants

Une partie notable des entrepreneurs individuels, artisans, commerçants ou professionnels libéraux ont une activité salariée, principale ou accessoire : fin 2020, 26,8 % des micro-entrepreneurs étaient également salariés ; il en allait de même de 7,5 % des indépendants non micro-entrepreneurs. Sauf exceptions, un assuré exerçant comme salarié et non-salarié était, avant la réforme, rattaché au régime général ou bien au RSI selon son activité principale (fonction du revenu en découlant).

De ce fait, le RSI affiliait chaque année environ 320 000 assurés provenant du régime général et radiait 400 000 autres assurés qui devenaient assurés du régime général, en fonction de l'évolution de leur activité unique ou principale. Depuis la réforme, les personnes qui alternent ou cumulent des activités salariée et indépendante ne changent plus de régime et n'ont plus à effectuer de démarches administratives à cette fin.

2 - Une offre de service progressivement enrichie

En dépit de la crise sanitaire, la réforme a amélioré l'accessibilité physique de la sécurité sociale. En 2017, les assurés du RSI étaient accueillis dans 93 accueils fixes et 222 permanences décentralisées du RSI et 650 sites d'organismes conventionnés pour les prestations d'assurance maladie. Les lieux de contact physique avec les branches du régime général sont plus nombreux : 114 accueils fixes pour les Urssaf ; 1 016 sites de l'assurance maladie (auxquels s'ajoutent 940 partenaires comme les Maisons France services) ; 215 agences sur l'ensemble du territoire national et 329 points d'accueil pour l'assurance vieillesse ainsi qu'au sein de 481 maisons de services au public (MSAP) et de 956 espaces, labellisés France services.

Un nombre croissant d'indépendants bénéficie de services numériques enrichis. En septembre 2021, 3,3 millions d'indépendants (soit 65 % d'entre eux) avaient un compte « Ameli » à l'assurance maladie, alors que seuls 1,3 million avaient ouvert « Mon compte » au RSI fin 2017. En outre, l'offre de services en ligne est plus riche qu'auparavant : les remboursements de frais de santé peuvent être consultés sur « Ameli » et « Mon espace personnel » permet de faire une demande de retraite en ligne, de suivre l'avancement de son dossier, de simuler ses droits et de bénéficier d'une estimation indicative globale de la valeur monétaire de ces derniers.

Par ailleurs, l'offre de service aux cotisants⁵⁹⁸ a été enrichie : les artisans-commerçants peuvent désormais régler les prélèvements par carte bancaire, comme c'était déjà le cas pour les professions libérales ; les micro-entrepreneurs peuvent consulter leur compte cotisant depuis un téléphone portable.

Pour contacter leur caisse de sécurité sociale, les indépendants continuent à privilégier le téléphone. En 2021, le taux moyen de décroché des Urssaf était de 88,1 % et celui des Carsat de 84 %, contre 86,4 % pour le RSI en 2017. Les performances de l'assurance maladie sont en retrait (75,9 % au premier semestre 2021 et 67,3 % au second, dans le contexte de nouvelles vagues épidémiques de covid 19).

La proportion de retraites de droit propre mises en paiement par les caisses de l'ex-RSI un mois au plus après leur date d'entrée en jouissance avait augmenté (73 % en 2019, contre 67,6 % en 2017 et 52,2 % en 2015). Le régime général suit un indicateur plus exigeant, mais qui ne permet pas d'apprécier l'évolution des délais par rapport à 2019. Selon cet indicateur, la part des retraites de droit propre notifiées avant leur entrée en jouissance est faible (47,4 % pour les indépendants en 2021, contre 76,9 % pour les salariés). L'un des facteurs explicatifs de cette part réduite est la moindre proportion de demandes déposées au moins quatre mois avant l'entrée en jouissance (35,6 %, contre 58,4 % pour les salariés). En revanche, le taux des retraites de droit dérivé, notifiées quatre mois au plus suivant la demande est plus élevé que pour les salariés (86,1 % contre 68,6 %). L'ensemble des taux précités se sont améliorés par rapport à 2020.

3 - Une qualité de service encore perfectible

Faute d'habilitations, les conseillers retraite ne disposent plus d'accès à certains services de l'Urssaf et, de ce fait, ne sont plus directement informés de l'état des paiements ou des restes à payer des cotisants débiteurs. La communication de cette information à l'assuré lui permettait d'anticiper un paiement ou de repousser son départ à la retraite afin d'obtenir une retraite à taux plein.

Les services en ligne ont pu connaître des régressions : la Cnav prévoit de rendre possible en 2022 la prise de rendez-vous par messagerie avec un conseiller retraite, ce que « Mon compte » au RSI permettait. En outre, l'intégration au site « Ameli » de rubriques relatives aux prestations

⁵⁹⁸ Depuis 2016, « Mon compte » au RSI permettait de déclarer les revenus professionnels et de régler les prélèvements sociaux.

propres aux travailleurs indépendants a suivi un mouvement progressif en 2020 et 2021. Tout en augmentant, la proportion d'indépendants ayant un compte « Ameli » reste hétérogène (de 49,3 % à 90,8 % selon les CPAM) et inférieure à celle des salariés (80 %).

S'agissant des capitaux-décès, le service rendu a régressé. Alors que le RSI versait environ 10 000 prestations par an, ce nombre s'est réduit à 3 177 en 2020 et à 4 353 en 2021, du fait d'un resserrement des conditions d'attribution de cette prestation, mais aussi d'une moindre information de ses bénéficiaires potentiels. En outre, en 2021, seulement 44,4 % des demandes étaient traitées en moins de 60 jours, contre 62,9 % en 2017. À ce jour, la Cnam n'a pas mis en place de parcours personnalisé pour les ayant-droits et le formulaire Cerfa de demande demeure inadapté.

Les enjeux les plus déterminants de la qualité du service des prestations portent néanmoins sur leur paiement rapide et à bon droit⁵⁹⁹. Le délai moyen de traitement de la première indemnité journalière pour maladie s'est amélioré : en 2021, les CPAM ont versé à 15,5 jours, après 25,5 jours en 2020, contre 28,4 jours pour le RSI en 2017. Celui des indemnités journalières pour maternité s'est réduit (40,8 jours en 2021, après 60 en 2020), mais reste élevé, ce qui laisse les travailleuses indépendantes sans revenu de remplacement pendant plus d'un mois⁶⁰⁰. Le délai de traitement des demandes de reconnaissance d'une invalidité reste long (55,3 jours fin 2021, contre 68,7 jours au second semestre 2020).

4 - Des besoins spécifiques à mieux prendre en compte

Les indépendants sont à la fois cotisants et bénéficiaires de prestations. À l'exception des frais de santé, la règle est que les prestations dont ils bénéficient sont calculées sur le fondement, non pas des prélèvements sociaux exigibles, mais de ceux qu'ils acquittent effectivement. Le risque que cette situation particulière soit insuffisamment prise en compte par les branches du régime général, organisées par risque ou fonction, tend à se matérialiser.

Organisées par types de cotisants, les activités des Urssaf tiennent compte, par construction, du public des travailleurs indépendants. Cependant, une seule offre de service est véritablement personnalisée :

⁵⁹⁹ Pour le paiement à bon droit, voir les rapports de certification des comptes du régime général de sécurité sociale et du CPSTI, exercice 2021.

⁶⁰⁰ Sachant que, contrairement aux salariées, les indépendantes ne sont pas susceptibles de bénéficier d'une subrogation de l'employeur.

dans le prolongement d'une action du RSI (guide des créateurs), l'Acoss a généralisé l'accompagnement pendant un an des indépendants venant de créer leur entreprise⁶⁰¹. Selon l'Acoss, près de 295 000 créateurs ont été suivis en 2020 et 2021 (soit 7 % des créations en 2020 et 21 % en 2021). En 2021, selon un sondage, 88 % des bénéficiaires de ce service s'en disaient satisfaits.

À la suite de leur intégration au régime général, les indépendants bénéficient d'actions de l'assurance maladie visant la santé de la population générale, plus nombreuses et diversifiées que celles du RSI. En revanche, le médecin conseil de l'assurance maladie n'alerte plus le service social pour prévenir des conséquences économiques d'un état de santé dégradé. De surcroît, les actions du service social de l'assurance maladie auprès des indépendants restent limitées (depuis janvier 2021, seulement 1 700 assurés ont été accompagnés au titre de la désinsertion professionnelle).

Les aides d'action sociale relèvent désormais de trois branches, au lieu d'un seul interlocuteur. Hormis les aides exceptionnelles liées à la crise sanitaire, les budgets d'aides spécifiques aux indépendants (0,2 Md€ en 2020 et 0,1 Md€ en 2021) sont peu utilisés par les caisses maladie et vieillesse (9 % et 17 % en 2020) et à un moindre degré par les Urssaf (72 % en 2021). Il conviendrait que ces aides soient mieux connues et adaptées aux besoins effectifs des indépendants.

Des actions interbranches encore trop limitées

Le réseau des Urssaf a généralisé fin 2021 le programme « Help », qui vise à prendre en charge des situations d'indépendants cumulant des difficultés familiales, de santé ou économiques, en mobilisant les leviers disponibles (aménagement des paiements, recours à des prestations, intervention d'un travailleur social). L'efficacité de ce dispositif dépend cependant de la participation active des CAF, CPAM et caisses de retraite et d'un outillage permettant de traiter un nombre important de dossiers.

À cet égard, le schéma d'organisation n'a pas prévu la mise en place de passerelles entre les outils informatiques de gestion de la relation client ou, *a minima*, de circuits de signalement outillés entre les branches, contrairement au premier schéma de transformation. Cette carence pénalise par avance toute tentative d'action commune vers des publics particuliers.

⁶⁰¹ Contacté par l'Urssaf dans les 60 jours suivant la création de l'entreprise, le cotisant bénéficie d'une adresse mail de contact et d'un numéro de ligne d'appel directe, reçoit un memento d'accueil du cotisant et se voit proposer un suivi personnalisé.

Le schéma d'organisation prévoyait la mise en place d'au moins 28 accueils physiques de proximité opérés par l'activité de recouvrement et les branches maladie et vieillesse afin de fournir aux indépendants une information rapide sur l'ensemble des problématiques de protection sociale. En septembre 2021, ces accueils communs étaient déployés sur 37 sites et sept régions en avaient plusieurs. Près de 70 000 indépendants y ont été accueillis en près de deux années, pour moitié sur rendez-vous. Cependant, les CPAM y participent uniquement par des bornes d'accueil et les CAF, Pôle emploi et la DGFIP de manière non systématique. Il conviendrait d'effectuer une étude d'impact permettant d'apprécier les besoins par territoire.

Créé en 2017 par le RSI, le portail [Secu-independants.fr](https://www.secu-independants.fr) vise à procurer aux indépendants une information transversale sur leur protection sociale et à leur permettre d'effectuer en ligne des démarches. Cependant, son contenu est de plus en plus incomplet et des écarts d'information apparaissent par rapport aux sites des branches. Il conviendrait que les branches enrichissent régulièrement [Secu-independants.fr](https://www.secu-independants.fr) et mettent en place des accès sécurisés à partir de ce site aux espaces personnels sur leurs propres sites.

Le regard des indépendants sur le service qui leur est rendu

Dans une enquête effectuée par en décembre 2021 par *Key Performance Group* auprès de 11 206 indépendants classiques et micro entrepreneurs, 76 % des répondants se déclarent satisfaits des Urssaf (- 1 point par rapport à 2020), 74 % des CPAM (+ 6 points) et 74 % des caisses de retraite (dont 67 % pour les actifs et 81 % pour les retraités, - 2 points). Seuls 4 % des répondants avaient entendu parler du CPSTI, inconnu donc par l'essentiel de son public.

Selon une précédente enquête de 2020 (BVA), les indépendants se renseignent peu sur la retraite (24 % pour les 50-59 ans, 51 % pour les 60 ans et plus). 30 % ne se souviennent pas de l'information ou de l'accompagnement des Urssaf et des caisses de retraite et 34 % de ceux qui s'en souviennent en sont insatisfaits. Dans une autre enquête (223 000 indépendants au premier semestre 2021), 74 % des répondants se disaient satisfaits de l'assurance maladie (+ 5 points par rapport à 2020), contre 86,8 % pour l'ensemble des assurés. Le compte Ameli était le seul canal de contact jouissant d'une satisfaction élevée (80,5 %) et comparable à « Mon compte » du RSI. La satisfaction était moindre qu'au RSI pour les autres canaux. La principale insatisfaction visait les indemnités journalières et l'invalidité-décès (33,4 % de satisfaits).

Enfin, les sites gérés par le réseau des Urssaf sont appréciés : 88 % en moyenne pour autoentrepreneur.urssaf.fr et 75 % pour secu.independants.fr et pour Urssaf.fr dans l'enquête de 2021. Parmi les canaux de contact, la visite en agence (5 % des sondés) recueille la satisfaction la plus élevée (74 %). Toutefois, 44 % des personnes ayant contacté l'Urssaf (tous canaux) ont dû renouveler leur demande. Entre 2016 et 2021, la satisfaction a progressé uniquement pour l'accueil physique, mais a baissé pour les autres canaux sauf en 2018.

B - Des économies de frais de gestion

L'exposé des motifs du PLFSS pour 2018 et la fiche d'évaluation préalable de l'article concerné de ce dernier ne faisaient pas état d'objectifs d'économies, ni de coûts transitoires ou pérennes.

Les dispositions plus favorables des conventions du RSI⁶⁰² et des organismes conventionnés n'ayant pas été étendues aux salariés du régime général, l'intégration des salariés du RSI et des organismes conventionnés au régime général a suscité des surcoûts salariaux pérennes limités (évalués à 8 M€ annuels par la Cour) : versement de primes de fonction prévues par la convention collective du régime général, dont ont bénéficié environ 80 % des salariés (agents en contact avec le public et ceux des directions comptables et financières) ; majoration de salaire de 40 % pour les salariés affectés dans les caisses générales de sécurité sociale des Antilles, de la Guyane et de La Réunion (au lieu de 25 % au RSI). En revanche, il a été mis fin aux engagements unilatéraux, usages et accords des caisses du RSI et des organismes conventionnés.

D'autres effets ne pourront être appréciés qu'à moyen terme, comme ceux du repositionnement des salariés sur le déroulement de leur carrière (en particulier, la durée de chaque niveau de classification peut être plus rapide ou plus lente que dans leur ancien organisme).

⁶⁰² Indemnité de résidence francilienne ; prime de résultats pour les employés et cadres ; proratisation de l'allocation de vacances ; dispositifs d'aide à la mobilité et d'épargne salariale ; conditions du maintien du salaire durant le congé de maternité ou de paternité ; montant de la gratification liée à la remise de la médaille d'honneur du travail ; avantages en nature ; congés supplémentaires d'ancienneté ; modalités d'octroi des jours de réduction du temps de travail ; certains congés pour événements familiaux ; abondement employeur en matière d'épargne salariale dans le régime général lorsque le salarié transfère sur son plan d'épargne pour la retraite collectif (Perco) des jours préalablement épargnés sur son compte épargne temps.

En prenant en compte les surcoûts salariaux pérennes précités, les surcoûts transitoires liés à l'intégration des activités et des effectifs du RSI et des organismes conventionnés⁶⁰³ et les économies pérennes liées à la disparition des frais de gestion du RSI⁶⁰⁴, la réforme pourrait engendrer une économie nette comprise entre 75 et 80 M€ sur la période 2018-2022. À partir de 2023, une économie pérenne est très probable, mais son niveau dépend des coûts du maintien ou du remplacement d'applications informatiques ; elle atteindrait ainsi au moins 50 M€ et au plus 100 M€ par an, à rapprocher d'un budget de gestion administrative du RSI de 802 M€ en 2017. Les économies découlent notamment du transfert à l'assurance maladie de la gestion des prestations maladie⁶⁰⁵, et de la suppression de 570 emplois liés à des fonctions support du RSI et des OC entre 2018 et 2022.

Des économies supplémentaires de frais de gestion sont par ailleurs envisageables. Les branches du régime général prévoient ainsi de nouvelles opérations d'optimisation de leur parc immobilier, grâce à l'utilisation d'immeubles du RSI. Les indemnités journalières sont traitées par toutes les CPAM et les capitaux-décès par six d'entre elles⁶⁰⁶. Des évolutions organisationnelles envisagées pourraient permettre d'améliorer la qualité de la production et de réduire les frais de gestion.

C - Étendre les missions du régime général à la gestion d'autres régimes de travailleurs indépendants

La réduction des missions de la Cipav laisse entrevoir la possibilité d'un élargissement du transfert de la collecte des cotisations aux caisses de professions réglementées rattachées à la CNAVPL. Par ailleurs, la conduite de la réforme du RSI sans heurt, et avec des résultats tangibles, fournit des arguments favorables à de nouvelles intégrations au régime général.

⁶⁰³ Soit 367 M€ de coûts bruts supplémentaires selon la direction de la sécurité sociale : 171 M€ pour la transformation des systèmes d'information du RG, 126 M€ pour le budget du GIE, 29 M€ d'indemnisation des coûts immobiliers et informatiques des organismes conventionnés, 23 M€ de dépenses de formation, d'accompagnement au changement et de communication et 18 M€ correspondant à des agents en CDD pour l'accueil téléphonique et l'accompagnement en 2020.

⁶⁰⁴ Appréciées en fonction de l'hypothèse d'une évolution qui aurait correspondu à celle prévue pour le régime général par la COG : baisse de 2,2 % des dépenses de personnel et de fonctionnement courant, stabilité des dépenses de fonctionnement informatique.

⁶⁰⁵ 171 M€ de remises de gestion ont été versées aux organismes conventionnés en 2019.

⁶⁰⁶ Contrairement à la gestion des pensions d'invalidité et à celle des recours contre tiers relatifs aux indépendants, chacune confiée à une seule CPAM.

1 - Une réduction des missions de la Cipav à consolider et à étendre à terme aux caisses de professionnels libéraux réglementés

La LFSS pour 2017 a réduit le périmètre des missions de la Cipav, dont la Cour avait vivement critiqué la gestion⁶⁰⁷.

À moins d'exercer une profession continuant à relever de la Cipav (une vingtaine de professions, pour la plupart réglementées, au lieu de plus de 400 auparavant), les professionnels qui créent leur activité depuis 2018 (micro-entrepreneurs) ou 2019 (autres libéraux) sont affiliés au régime général. Par ailleurs, ceux qui avaient créé leur activité antérieurement peuvent opter pour le régime général d'ici fin 2023. Toutefois, fin 2021, moins de 260 assurés avaient exercé cette option : les cotisations de retraite de base sont plus élevées au régime général, en contrepartie de prestations elles aussi plus élevées.

Cette réforme suscite des difficultés non résolues à ce jour. Tandis que le nombre de retraités va croître (selon la Cipav, de moins de 100 000 en 2021 à 340 000 en 2040), celui des cotisants va chuter (de 500 000 à 234 000), ce qui est de nature à déséquilibrer sur le plan financier le régime de retraites complémentaires de la Cipav. La LFSS pour 2017 a prévu en sa faveur une compensation financière du CPSTI, dont le montant et les modalités n'ont cependant pas été fixés à ce jour⁶⁰⁸.

En outre, les professionnels libéraux affiliés au régime général versent non pas la contribution à la formation professionnelle des professionnels libéraux, mais celle des artisans-commerçants, sans que ces versements ne leur ouvrent de droits.

La LFSS pour 2022 a encore réduit le périmètre des missions de la Cipav, en transférant en 2023 aux Urssaf le recouvrement des cotisations de retraite de base et complémentaire et d'invalidité-décès des 210 000 professionnels libéraux non micro-entrepreneurs⁶⁰⁹ qui continuent à en relever, sans modifier leurs droits à ces prestations. Ce transfert est motivé par une situation du recouvrement, encore plus dégradée⁶¹⁰ que

⁶⁰⁷ Cour des comptes, « *La Cipav : une gestion désordonnée, un service aux assurés déplorable* », Rapport public annuel, février 2014 (p. 253-334) et « *La Cipav : une qualité de service encore médiocre, une réforme précipitée* », Rapport public annuel, février 2017 (p. 415-455).

⁶⁰⁸ Il est à noter que, s'agissant de l'assurance vieillesse de base, la réduction de la base de cotisants entraîne une réduction de la participation de la CNAVPL à la compensation démographique généralisée.

⁶⁰⁹ Les Urssaf recouvraient déjà les prélèvements des 287 000 micro-entrepreneurs.

⁶¹⁰ En fin d'année, les taux de recouvrement s'élevaient à 75 % en 2015, 79 % en 2016, 87 % en 2017, 82 % en 2018, 83 % en 2019 et 80 % en 2020.

celle que connaissait le RSI. Son redressement appelle une fiabilisation du transfert des données de revenus des professionnels libéraux, acquises par l'Acoss, entre les neuf caisses professionnelles rattachées à la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL).

À cet égard, un transfert de même type que celui prévu pour la Cipav pourrait être envisagé pour les autres caisses de retraite des professions libérales. Il y aurait lieu alors de faire évoluer ces caisses.

Une évolution possible des caisses de retraite des professions libérales

Compte tenu de la place de la collecte des cotisations dans l'activité des caisses de retraite des professions libérales, un transfert aux Urssaf nécessiterait une rationalisation de leur organisation. Ces caisses n'atteignent en effet souvent pas une taille critique : leurs effectifs de salariés sont compris entre moins de 20 pour les plus petites (vétérinaires et officiers ministériels) et 260 pour la plus grande (médecins). Comme y procède actuellement la Cipav, ce transfert appellerait des simplifications préalables des règles de calcul des cotisations pour certains risques, dont certaines spécificités peuvent difficilement être gérées par le système d'information des Urssaf (comme l'application de montants forfaitaires de cotisations à des tranches de revenus). Son calendrier devrait tenir compte des transferts de collecte au réseau des Urssaf qui ont déjà été décidés⁶¹¹.

2 - Une source d'inspiration possible pour l'évolution de la MSA

Comme la Cour l'a souligné⁶¹², l'organisation de la MSA (26,3 Md€ de prestations et 15 200 ETP en 2020) est surdimensionnée et coûteuse au regard d'une charge d'activité qui diminue sous l'effet de la baisse de la démographie des exploitants agricoles, actifs ou retraités. Les prestations et prélèvements du régime agricole des salariés et les remboursements de frais de santé aux exploitants sont identiques à ceux du régime général. Le régime agricole des salariés participe au dispositif de liquidation unique des retraites de base (Lura), comme le faisait le RSI, et le régime général prend en charge ses déficits ou ses éventuels excédents.

⁶¹¹ Cour des comptes, « *Le réseau des Urssaf : un élargissement continu des missions, de nombreux chantiers inaboutis* », Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2020.

⁶¹² Cour des comptes, *La Mutualité sociale agricole*, rapport public thématique, mai 2020.

En outre, en intégrant le RSI au régime général, les pouvoirs publics ont écarté une autre voie d'évolution : un regroupement du RSI avec la Mutualité sociale agricole (MSA) pour constituer un régime des indépendants élargi aux exploitants agricoles. Ce scénario, tourné vers la sauvegarde du réseau de caisses locales de la MSA par le renfort de missions et d'assurés, aurait été moins efficient que les choix arrêtés par la LFSS pour 2018.

En revanche, dans son rapport précité, la Cour avait préconisé de développer les synergies opérationnelles entre la MSA et le régime général de sécurité sociale. Dans cette perspective, l'intégration réussie du RSI au régime général fournit une référence utile. En effet, elle démontre que l'attribution au régime général de la gestion de pans entiers de la protection sociale des indépendants est compatible avec le maintien de régimes particuliers de protection sociale dotés de fortes particularités en matière de cotisations et de prestations (ceux relevant du CPSTI). En outre, elle permet l'attribution d'aides par l'intermédiaire des Urssaf (aides sectorielles liées à la crise sanitaire proposées et financées par le CPSTI, aides de droit commun aux cotisants en difficulté). Par ailleurs, elle montre qu'il est possible de gérer de façon étanche les réserves financières des régimes d'indépendants par rapport au besoin de financement du régime général. Enfin, elle ne remet pas en cause l'existence d'une gouvernance propre à la protection sociale de professions indépendantes à un double niveau national (CPSTI) comme local (Irpsti).

Dans les départements et régions d'outre-mer, il n'existe pas de régime agricole des salariés, tous les salariés étant affiliés au régime général, et les caisses de ce dernier recouvrent les prélèvements et versent les prestations du régime des non-salariés pour le compte de la MSA.

III - D'autres chantiers majeurs à engager

La prise en charge des missions du RSI par les branches du régime général n'a réglé qu'une partie des difficultés qui affectent l'organisation et la gestion de la protection sociale des travailleurs indépendants. La normalisation du recouvrement des prélèvements sociaux, leur simplification et le rapprochement des prestations et prélèvements des indépendants relevant du régime général avec ceux des salariés sont des chantiers majeurs qui sont à engager ou à faire aboutir.

A - Normaliser le recouvrement des prélèvements

1 - Des dettes considérables à résorber

La crise sanitaire a interrompu la trajectoire d'amélioration du recouvrement des prélèvements sociaux des indépendants à partir de 2010, consécutive à l'amélioration de la conjoncture économique et la résorption des dysfonctionnements de l'interlocuteur social unique⁶¹³. Sous l'effet des mesures prises par les pouvoirs publics en leur faveur, les indépendants ont accumulé dans leurs bilans des dettes sociales considérables.

Les mesures en faveur de la trésorerie des travailleurs indépendants

Les artisans-commerçants et professions libérales (hors praticiens et auxiliaires médicaux et micro-entrepreneurs) ont bénéficié d'un report intégral des prélèvements exigibles de mars à août 2020, soit six mois de prélèvements. Afin de prévenir un ressaut trop brutal des montants à régler au dernier quadrimestre 2020, les Urssaf ont appelé de septembre à décembre les acomptes provisionnels restants de l'année 2020 sur la base de la moitié des derniers revenus professionnels connus (2019 ou à défaut 2018). Même si les cotisants pouvaient décider de verser leurs acomptes de cotisation provisionnels sur une base plus élevée, 80 % ont choisi de bénéficier de cette mesure.

Le deuxième confinement a conduit à suspendre d'office, en novembre et en décembre 2020, les prélèvements automatisés de montants exigibles sur les comptes bancaires des indépendants (hors PAM et micro-entrepreneurs). Près de 75 % des cotisants ont choisi de bénéficier de cette suspension. À la différence du premier confinement, les suspensions ont ainsi généré des créances pour les Urssaf.

En 2021, les indépendants (hors micro-entrepreneurs) relevant des secteurs particulièrement affectés par la crise sanitaire ont bénéficié d'une suspension des paiements des prélèvements exigibles jusqu'en juillet compris. Afin d'alléger leurs dettes sociales, ils bénéficient de réductions forfaitaires des montants dus au titre de 2020 et des premiers mois de l'année 2021. Ces réductions, compensées par le budget de l'État, atteignaient 721 M€ fin 2021.

⁶¹³ Cour des comptes, « *Le réseau des Urssaf : un élargissement continu des missions, de nombreux chantiers inaboutis* », Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2020.

Sur 22 Md€ de prélèvements appelés par les Urssaf en 2020 auprès des indépendants (toutes catégories confondues), 6,7 Md€ n'étaient pas encaissés fin 2020, soit 30,4 % des montants dus (contre 6,8 % des montants appelés en 2019 fin 2019). Sur 31,6 Md€ appelés en 2021, 8,4 Md€ n'étaient pas encaissés fin 2021, soit 26,7 % des montants dus. La hausse considérable des montants appelés en 2021 traduit le contre-coup, à la suite de la déclaration de leurs revenus 2020 par les indépendants, d'une base d'appels provisionnels réduite de moitié en 2020 (voir encadré *supra*).

Compte tenu des dettes à fin 2020 non réglées en 2021 et des dettes supplémentaires accumulées en 2021, le montant total des dettes à régler par les indépendants a presque doublé en deux ans, passant de 11,6 Md€ fin 2019 à 16,3 Md€ fin 2020, puis à 20,5 Md€ fin 2021.

À ce jour, les Urssaf n'ont pas repris le recouvrement forcé des créances, sauf exception (redressements). En revanche, elles adressent depuis juillet 2021 aux indépendants actifs ou ayant cessé leur activité des plans d'apurement intégrant l'ensemble des arriérés. Fin 2021, un million de plans, couvrant 6,5 Md€ de créances au total, avaient ainsi été proposés. Les règlements s'étalent de six mois à cinq ans, selon les débiteurs. Fin 2021, ces plans étaient très bien acceptés (à 98 %) et respectés (à 99 %). Ces situations favorables restent toutefois à confirmer dans la durée.

2 - Exploiter le potentiel de la déclaration sociale et fiscale unique

L'assiette des cotisations et contributions des indépendants non micro-entrepreneurs est le revenu professionnel net fiscal, majoré de réintégrations⁶¹⁴. Comme la Cour l'avait recommandé⁶¹⁵, la déclaration sociale des revenus professionnels des artisans-commerçants et des professions libérales a été récemment fusionnée avec leur déclaration fiscale de leurs revenus : depuis la campagne fiscale 2021 au titre des revenus 2020, les Urssaf exploitent ainsi les données enrichies, à la marge, des déclarations de bénéfices industriels et commerciaux et non commerciaux.

⁶¹⁴ Plus-values et moins-values professionnelles à long terme ; reports déficitaires ; coefficient multiplicateur en cas de non-recours à un expert-comptable ou à un centre de gestion agréé ; déduction des cotisations versées aux régimes facultatifs de prévoyance « loi Madelin » ; déduction des versements effectués sur les nouveaux plans d'épargne retraite ; totalité des exonérations fiscales ; déduction des frais professionnels de 10 % ; déduction au réel des frais, droits et intérêts d'emprunt exposés pour acquérir ou souscrire des parts ou des actions de la société dans laquelle exerce l'indépendant.

⁶¹⁵ Cour des comptes, *Simplifier la collecte des prélèvements versés par les entreprises*, rapport public thématique, juillet 2016.

La déclaration fiscale et sociale unique a mis fin à une duplication potentiellement coûteuse pour les indépendants, dont la plupart confient l'établissement des déclarations à un expert-comptable. En outre, elle a fait disparaître des divergences de données déclarées. Enfin, elle a accru la part des cotisants pour lesquels les Urssaf récupèrent le montant des revenus : en septembre 2021, les données de revenus 2020 étaient acquises pour 91 % des cotisants, contre 88 % en 2020 pour les revenus 2019 (78 % contre 54 % pour les revenus 2019 Outre-mer). Les sommes taxées d'office, dont la régularisation est souvent difficile, ont diminué.

Toutefois, cette réforme a connu des difficultés techniques, pour partie imputables à une préparation insuffisante. Ces difficultés ont conduit à reporter provisoirement son application aux praticiens et auxiliaires médicaux et aux exploitants agricoles.

Par ailleurs, la mise en place d'une déclaration fiscale et sociale commune ne s'est pas accompagnée à ce jour d'une détection des cotisants ou contribuables, non répertoriés au regard des informations dont disposent respectivement la DGFIP et les Urssaf. Il convient de résorber ces situations préjudiciables à l'effectivité des prélèvements publics, notamment en mettant en place le cadre juridique et les évolutions informatiques nécessaires à la systématisation des transferts aux Urssaf des déclarations⁶¹⁶ de contribuables qu'elles ne connaissent pas.

3 - Renforcer la lutte contre la fraude aux prélèvements sociaux

L'Acof estime par ailleurs entre 0,6 Md€ et 0,9 Md€, représentant 19 % à 24 % des montants dus, le manque à gagner de prélèvements sociaux imputable à des sous-déclarations d'assiette des micro-entrepreneurs. Pour les autres indépendants, le manque à gagner n'est en revanche pas disponible à travers des estimations.

Les Urssaf orientent leurs contrôles avant tout vers les entreprises employant des salariés, qui présentent des enjeux financiers généralement plus élevés que ceux représentés par les indépendants. Dans le contexte de crise sanitaire, elles limitent leurs contrôles aux indépendants les moins fragilisés par la crise et à la lutte contre le travail non déclaré.

En 2021, les contrôles partiels d'assiette sur pièces des Urssaf restaient très en-deçà de ceux d'avant la crise sanitaire, déjà limités (6 300 contrôles sur 41 M€ de prélèvements contre 16 100 sur 168 M€ de prélèvements en 2019). Les Urssaf ont augmenté en revanche les contrôles

⁶¹⁶ Déclarations 2042-C-PRO.

sur place visant le travail non déclaré : en 2021, elles ont effectué un peu plus de 1 800 contrôles, contre moins de 1 400 en 2019 et de 900 en 2017. Les montants redressés ont crû de 19 M€ en 2017 à 45 M€ en 2019 et à 66 M€ en 2021, sous l'effet de la hausse du nombre de contrôles et des montants moyens qu'ils conduisent à redresser (en 2021, près de 41 000 € contre un peu plus de 2 000 € pour les contrôles sur pièces).

Sans remettre en cause l'intérêt d'actions préventives (comme celle à l'égard des créateurs d'entreprise, voir *supra*), un renforcement des contrôles au-delà de leur niveau d'avant la crise sanitaire apparaît nécessaire. À cet égard, la déclaration fiscale et sociale commune devrait avoir pour corollaire la définition de périmètres concertés de contrôles entre la DGFIP et les Urssaf. Il serait en outre souhaitable que les Urssaf communiquent régulièrement à la DGFIP les informations sur les redressements qu'elles effectuent et que la DGFIP adresse aux Urssaf des informations mieux adaptées à leurs besoins sur ceux qu'elle opère.

B - Continuer à simplifier les prélèvements sociaux

1 - Redéfinir l'assiette des prélèvements sociaux pour la rendre plus lisible et équitable

L'assiette des cotisations des indépendants non micro-entrepreneurs est le revenu net fiscal, déterminé après déduction des cotisations et de la part déductible de la CSG ; l'assiette des contributions (CSG et CRDS) correspond au revenu net fiscal, majoré des cotisations. Autrement dit, pour calculer l'assiette des cotisations, il faut déjà en connaître le montant, ainsi que celui de la CSG déductible ; pour calculer l'assiette de la CSG, il faut déjà connaître le montant de la CSG déductible et celui des cotisations.

Cette double circularité du calcul de l'assiette des prélèvements contribue à le rendre peu intelligible (40 % des répondants de l'enquête BVA précitée disent ne pas le comprendre). Elle favorise des erreurs, malgré le simulateur de calcul mis en place par l'Acosse en 2020. Enfin, elle amoindrit la part des prélèvements qui ouvrent droit à des prestations pour les indépendants. En effet, comparée à celle des salariés, l'assiette de la CSG est plus large que celle des cotisations pour les indépendants, ce qui surpondère la CSG dans le total de leurs prélèvements. Or, la CSG finance exclusivement des prestations non contributives (remboursements de frais de santé, dépendance, prestations familiales), tandis que les cotisations financent aussi des prestations contributives (indemnités journalières, retraites). La hausse continue du taux de la CSG a accentué ce phénomène.

Le projet de loi instituant un système universel de retraite prévoyait à cet égard de faire du revenu « super-brut » (bénéfice avant déduction des cotisations et de la CSG déductible) l'assiette commune des cotisations et contributions. Cette simplification du calcul des prélèvements des indépendants « classiques » devrait demeurer un objectif à part entière.

Pour sa part, l'assiette des prélèvements des micro-entrepreneurs est simple : elle correspond au chiffre d'affaires net, déterminé en appliquant au chiffre d'affaires brut, des taux⁶¹⁷ d'abattement représentatifs des charges d'exploitation. Cependant les taux retenus lors de la création du régime de l'auto-entrepreneuriat en 2009 pouvaient être inadaptés : ils ont été déterminés à partir d'une étude statistique effectuée par l'administration fiscale sur des données de 1995. Depuis lors, ils n'ont pas été actualisés, malgré les risques de distorsion de concurrence entre les micro-entrepreneurs et les autres indépendants. Le principe d'équivalence posé depuis 2013 entre le taux effectif des prélèvements des micro-entrepreneurs et ceux des autres indépendants s'en trouve fragilisé.

Enfin, en application de dispositions des LFSS pour 2009 et 2013, la part des dividendes versés aux gérants majoritaires de SARL et aux associés uniques d'EURL assujetties à l'impôt sur les sociétés qui dépasse un seuil défini par l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale⁶¹⁹ est réintégrée dans l'assiette des cotisations afin de limiter les risques d'optimisation sociale. De même, dans une logique de neutralité du prélèvement social, l'assiette des cotisations devrait intégrer, au-delà d'un seuil à définir, les dividendes versés aux indépendants assimilés à des salariés que constituent les gérants non associés, minoritaires ou égalitaires de SARL et les associés de sociétés par actions simplifiées (SAS et Sasu), formes juridiques en forte expansion (61 % des créations de sociétés en 2018 contre 39 % en 2014).

2 - Rendre les prélèvements sociaux plus contemporains

Les employeurs de salariés autoliquident chaque mois les prélèvements sociaux en fonction des salaires qu'ils ont versés. Les micro-entrepreneurs font de même chaque mois ou trimestre en fonction de leur chiffre d'affaires du mois ou du trimestre écoulé. En revanche, les autres indépendants versent au cours de l'année N des acomptes provisionnels

⁶¹⁷ 71 % pour les ventes de marchandises, objets, fournitures et denrées à emporter ou à consommer sur place ; 50 % pour les prestations de service des artisans-commerçants ; 34 % pour celles des professions libérales non réglementées.

⁶¹⁹ La part des dividendes perçue par le gérant ou l'associé, son conjoint ou partenaire pacsé et par ses enfants mineurs est assujettie à cotisations pour la fraction supérieure à 10 % du capital social, des primes d'émission et des sommes versées en compte courant.

mensuels ou trimestriels, calculés à partir des revenus de l'année précédente (N-1). À partir des données qu'ils renseignent dans leur déclaration annuelle, les Urssaf calculent en année N+1 le montant définitif des prélèvements à leur charge. Les écarts entre les acomptes versés et les montants dus peuvent favoriser ou pénaliser la trésorerie des cotisants.

Plusieurs dispositifs visent à atténuer cet effet. Depuis 2012, les cotisants peuvent demander une fois par an la prise en compte d'un revenu estimé de l'année en cours (un peu plus de 174 000 cotisants en 2021). Depuis 2015, ils peuvent effectuer une déclaration anticipée de leurs revenus, ce qui permet d'anticiper de six mois le remboursement d'excès d'acomptes, qui intervenait auparavant en novembre ou décembre.

Afin d'encourager une « contemporanéisation » plus étendue du calcul des prélèvements, la LFSS pour 2022 a supprimé la majoration de retard – non appliquée par les Urssaf – lorsque le revenu définitif dépassait de plus d'un tiers le revenu estimé par le cotisant. En outre, elle a étendu l'expérimentation faite par deux Urssaf de modulation en temps réel des prélèvements en fonction des revenus effectifs, pratiquée par un nombre minime d'artisans et commerçants (2 730 en 2021), aux professionnels libéraux et à l'ensemble du territoire jusqu'à fin 2023. Le Gouvernement proposera au Parlement, dans un rapport d'évaluation, des simplifications du calcul de l'assiette des prélèvements sociaux des indépendants ; un rapport intermédiaire doit être remis au plus tard fin septembre 2022.

C - Poursuivre le rapprochement des prestations et des prélèvements des indépendants relevant du régime général avec ceux des salariés

1 - Examiner l'opportunité d'une couverture obligatoire des risques professionnels pour les indépendants non agricoles

Depuis l'instauration par la LFSS pour 2021 d'une couverture obligatoire des arrêts de travail pour maladie des professionnels libéraux réglementés, à l'exception des avocats (jusqu'à 90 jours, moyennant une cotisation de 0,3 %), les risques professionnels sont les seuls risques pour lesquels les indépendants non agricoles ne sont pas couverts de manière obligatoire par la sécurité sociale, à la différence des salariés.

Pour couvrir les accidents de travail et de trajet et les maladies professionnelles, les artisans-commerçants et les professionnels libéraux peuvent souscrire une assurance privée ou s'assurer volontairement auprès de la branche AT-MP. À l'instar de l'assurance obligatoire des salariés et

des exploitants agricoles, la victime bénéficie alors d'une prise en charge à 100 % des frais de santé et d'une rente en cas d'incapacité permanente (en cas de décès, la rente est versée à ses ayants droits). En revanche, il ne lui est pas versé d'indemnités journalières pour arrêt de travail.

Pour une part, la couverture des AT-MP des indépendants non agricoles se confond avec celle du risque maladie. Les arrêts de travail sont *de facto* indemnisés en tant qu'arrêts pour maladie (avec un délai de carence de trois jours). Pour les assurés qui ne s'assurent pas volontairement, les frais de santé liés à des AT-MP sont pris en charge dans les conditions de droit commun de l'assurance maladie (avec ticket modérateur) et certains sinistres ayant une origine professionnelle sont *de facto* réparés par le versement d'une pension d'invalidité.

Le ministère chargé de la sécurité sociale est défavorable à l'instauration d'une couverture obligatoire du risque AT-MP au motif de la difficulté à vérifier la cause professionnelle des sinistres de faible gravité et du risque d'inflation des dépenses d'indemnisation des arrêts de travail, d'autant que les montants d'indemnités seraient susceptibles d'être fixés à un niveau plus élevé que ceux des indemnités pour maladie, comme c'est le cas pour les salariés (mais non pour les exploitants agricoles).

L'assurance volontaire de la branche AT-MP comptait 44 000 adhérents en 2020, pour l'essentiel des professionnels de santé libéraux. Afin de la promouvoir, ses taux de cotisation ont été réduits d'environ 30 % en 2022.

Les exploitants agricoles sont obligatoirement couverts contre les risques professionnels afin de garantir la prise en charge des incapacités permanentes, les plus pénalisantes pour leur activité économique. Pour les autres indépendants, dont la protection reste dans tous les cas⁶²¹ facultative, les conditions de la mise en place d'une couverture obligatoire des sinistres les plus lourds auraient vocation à être examinées.

⁶²¹ Depuis 2016, les plateformes de services doivent, à l'égard des collaborateurs qui réalisent une fraction minimale de leur chiffre d'affaires par leur intermédiaire, soit proposer et financer des garanties équivalentes à celles de l'assurance volontaire de la branche AT-MP, soit financer dans la limite d'un plafond les cotisations de l'assurance volontaire ou d'une assurance individuelle. Les collaborateurs ont néanmoins le choix de s'assurer ou pas.

2 - Réduire les écarts d'effort contributif par rapport aux salariés

Pour le financement de droits sociaux identiques à ceux des salariés, les travailleurs indépendants acquittent des cotisations et contributions globalement plus élevées quand ils ont des faibles revenus d'activité, mais plus faibles quand leurs revenus d'activité sont plus élevés.

Les indépendants bénéficient des mêmes remboursements de frais de santé pour maladie-maternité, des mêmes prises en charge médico-sociales et des mêmes prestations familiales que les salariés. S'agissant des retraites de base, c'est également le cas des artisans-commerçants et des professionnels libéraux non réglementés relevant historiquement de la Cipav et désormais rattachés au régime général.

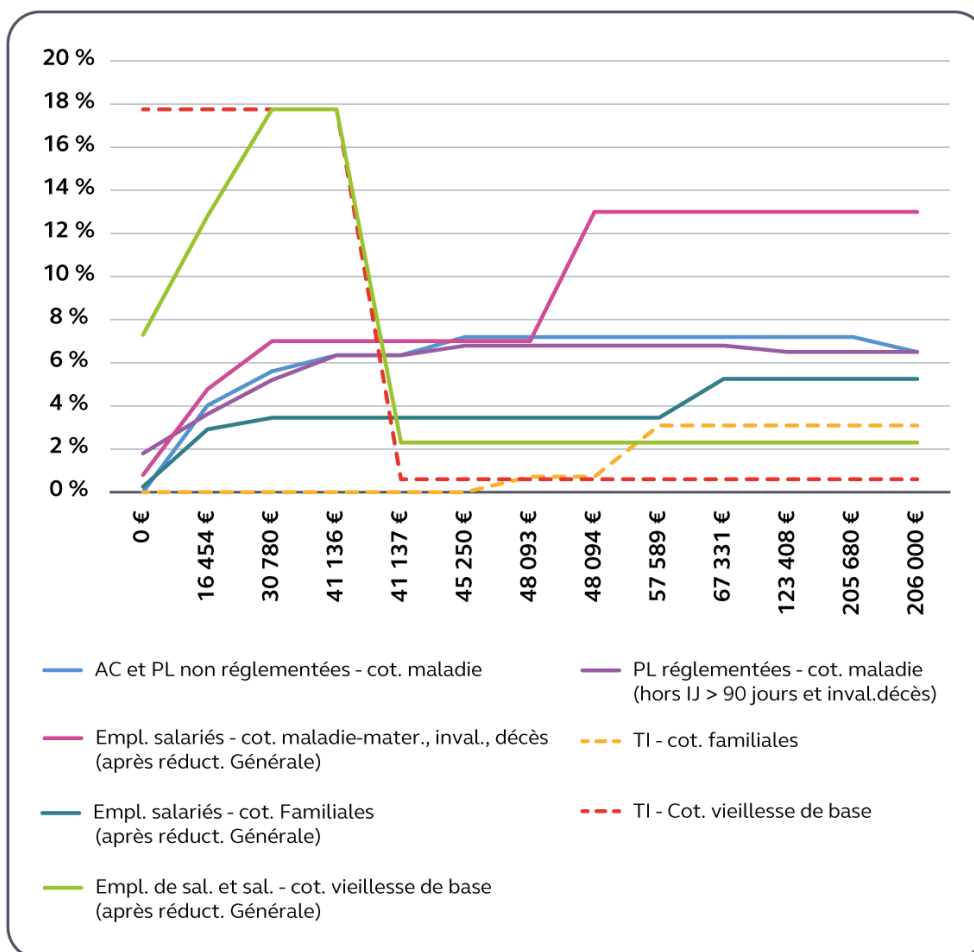
Or, comme le montre le graphique suivant, le taux effectif de cotisation, après prise en compte des allègements de droit commun, est plus faible pour les indépendants non micro-entrepreneurs intégrés en 2018 au régime général que pour les salariés (parts patronale⁶²² et salariale agrégées) ou les employeurs de salariés. Font toutefois exception à cet état de fait les revenus les plus faibles pour les cotisations d'assurance vieillesse de base des artisans-commerçants et des libéraux non réglementés et, à un moindre degré, les cotisations d'assurance maladie des professionnels libéraux réglementés⁶²³.

Sous réserve des cotisations minimales, les taux effectifs de cotisation du graphique sont non seulement plus faibles pour la plupart des niveaux de revenus, mais de surcroît appliqués à une assiette plus étroite que l'assiette salariale (les cotisations et la CSG déductible en sont déduites). Les taux indiqués dans le graphique doivent ainsi être réduits d'au moins un quart pour être comparés à ceux sur les salaires.

⁶²² La progressivité des taux au début de l'échelle des revenus traduit l'allègement dégressif jusqu'à 1,6 Smic. Les cotisations maladie connaissent un ressaut à 2,5 Smic (de 7 % à 13 %) et les cotisations famille à 3,5 Smic (de 3,45 % à 5,25 %).

⁶²³ Le revenu net moyen 2019 des indépendants non agricoles non micro-entrepreneurs était de 37 300 €. 12 % des revenus étaient nuls ou déficitaires, 44 % inférieurs au Smic net et 12 % supérieurs à 70 000 €. Par ailleurs, le chiffre d'affaires net moyen des micro-entrepreneurs pour 2019 s'élevait à 6 100 € ; ce montant prend en compte 32 % de cotisants n'ayant pas déclaré de chiffre d'affaires ou ayant déclaré un montant nul.

Graphique n° 21 : comparaison des taux effectifs de cotisation avec ceux pratiqués sur les salaires à montant d'assiette identique (2022)⁶²⁴



Source : Cour des comptes. Légende : AC : artisans commerçants ; PL : professions libérales ; TI : travailleurs indépendants

Lecture : sont à comparer les courbes en traits pleins et en pointillés. Les traits pleins correspondent aux taux de cotisation applicables aux salaires. Pour les professions libérales réglementées, ne sont pas prises en compte les cotisations invalidité-décès et celles d'IJ de plus de 90 jours, qui diffèrent selon les caisses.

⁶²⁴ Ne sont pas représentées dans le graphique les cotisations minimales (840 € pour les cotisations vieillesse de base, 140 € pour les indemnités journalières maladie et 62 € pour l'invalidité-décès), qui procurent aux indépendants non micro-entrepreneurs un minimum de droits aux prestations contributives en cas de revenus très faibles ou déficitaires. Les micro-entrepreneurs ont la faculté d'en verser pour la retraite de base.

En outre, les indépendants ne versent pas la contribution de solidarité pour l'autonomie (0,3 %) et la cotisation du Fonds national des aides au logement (0,1 % sous plafond), qui financent des prestations non contributives auxquelles ils ont droit. S'agissant en revanche de la CSG, les indépendants ne sont pas avantagés par rapport aux salariés : outre que l'assiette de la CSG sur les revenus d'activité est plus large que celle des salariés (elle inclut les cotisations), une part importante de la CSG sur les revenus d'activité (1,47 point sur 9,2) est affectée à l'assurance-chômage, dont les indépendants bénéficient peu.

Depuis 2015, les indépendants ont bénéficié de mesures similaires à celles destinées aux employeurs, qui ont visé à baisser les taux et à rendre plus progressives les cotisations famille et maladie. Selon le ministère chargé de la sécurité sociale, elles auraient réduit de 1 Md€ le montant des cotisations annuelles. En outre, la suppression de la cotisation minimale d'assurance maladie (frais de santé) à la création de la protection universelle maladie (Puma) en 2016 a été compensée par une hausse de la cotisation minimale d'assurance vieillesse afin de permettre aux indépendants d'acquiescer au moins trois trimestres par an, au lieu de deux.

En augmentant le poids relatif des cotisations par rapport à celui de la CSG, l'instauration éventuelle d'une assiette commune pour les cotisations et les contributions (revenu « super-brut » incluant les cotisations et la CSG déductible) viendrait améliorer les droits des indépendants aux prestations contributives. À tout le moins, il conviendrait que l'abattement forfaitaire⁶²⁵ qui serait appliqué à cette nouvelle assiette soit défini de telle manière⁶²⁶ que cette réforme soit neutre sur les recettes de prélèvements sociaux.

En outre, le constat d'un moindre effort des indépendants pour le financement de prestations identiques à celles des salariés pourrait justifier une hausse des cotisations sur les revenus élevés, auxquels s'appliquent des taux plus faibles que sur les salaires. *A fortiori*, les taux sur les revenus élevés auraient vocation à être relevés pour compenser l'effet sur les recettes d'éventuelles baisses de cotisations sur les faibles revenus. À cet égard, la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat prévoit une réduction des cotisations maladie des travailleurs indépendants dont les revenus professionnels sont inférieurs ou voisins du Smic. Cette mesure aurait un coût estimé à 440 M€ pour les finances publiques.

⁶²⁵ Cet abattement aurait pour objet de représenter le poids des prélèvements sociaux dans la situation actuelle.

⁶²⁶ L'étude d'impact du projet de loi instituant un régime universel de retraite mentionnait un abattement de 30 % dans la limite du plafond annuel de sécurité sociale.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'intégration des missions et des moyens du RSI au régime général décidée par la LFSS pour 2018 a globalement réussi, même si ce chantier n'est pas totalement achevé. En particulier, plusieurs applications informatiques du RSI restent à décommissionner après 2022.

Grâce à l'implication de l'ensemble de ses acteurs, à un pilotage national resserré et à l'attention portée à la situation des anciens salariés du RSI et des organismes conventionnés par ce dernier, la continuité du service des prestations et du recouvrement des prélèvements sociaux n'a pas connu de heurts notables ou durables, les dépenses supplémentaires liées à cette réforme ont été maîtrisées et des économies de frais de gestion peuvent être constatées, sans épuiser les marges possibles d'efficience.

L'objectif d'amélioration du service rendu aux travailleurs indépendants est diversement atteint selon les branches du régime général. À cet égard, les performances de l'assurance maladie auraient été meilleures si la crise sanitaire n'avait pas accru la demande d'indemnités journalières et réduit les ressources administratives disponibles pour les chantiers relatifs aux indépendants. Au-delà de ce facteur conjoncturel, les offres de service des branches doivent être mieux adaptées aux spécificités des indépendants. Un autre enjeu de qualité de service porte sur la fiabilisation des données retenues pour calculer les prestations contributives qui leur sont versées. En outre, les relations fonctionnelles et financières des branches avec le CPSTI appellent des clarifications.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 36. développer, par branche et en interbranche, des parcours et des relations de service plus personnalisés à l'attention des travailleurs indépendants (Cnam, Cnav, Acoiss) ;*
- 37. achever les opérations permettant de mettre fin à l'utilisation des applications informatiques du RSI, en particulier l'outil de gestion des retraites Asur et les actions de fiabilisation des flux de données entre les branches du régime général afin de sécuriser le calcul des prestations contributives (Acoiss, Cnav, Cnam) ;*
- 38. clarifier les relations des branches du régime général avec le CPSTI, en objectivant les frais de gestion des prestations facturés par ces dernières au CPSTI, en étendant le budget de fonctionnement du CPSTI fixé par arrêté interministériel aux moyens qu'elles lui accordent et en améliorant le reporting qu'elles font au CPSTI sur le service rendu aux indépendants (ministère chargé de la sécurité sociale, CPSTI, Acoiss, Cnav, Cnam).*

Alors qu'est désormais engagée la résorption des dettes massives de prélèvements sociaux accumulées par les travailleurs indépendants au cours de la crise sanitaire, sous l'effet des mesures gouvernementales en leur faveur, les enjeux relatifs au périmètre et au niveau de leurs prestations et prélèvements reviennent au premier plan.

Un premier enjeu concerne la collecte des prélèvements. La Cour formule les recommandations suivantes afin de la rendre plus exhaustive :

- 39. renforcer la lutte contre la fraude aux prélèvements sociaux des indépendants, en mettant en place les dispositions juridiques nécessaires à la détection et au redressement des contribuables non cotisants, en définissant des périmètres de contrôle concertés entre la DGFIP et les Urssaf et en augmentant le nombre de contrôles des Urssaf sur l'assiette déclarée par les indépendants par rapport à l'avant-crise (ministères chargés de l'économie et de la sécurité sociale, Acoiss) ;*
- 40. élargir l'assiette des cotisations à la part des dividendes versés aux dirigeants des SAS et SASU et aux gérants non associés, minoritaires ou égalitaires de SARL qui dépasse un certain seuil, en adaptant à cette fin le dispositif en vigueur pour les gérants majoritaires de SARL (ministère chargé de la sécurité sociale).*

Par ailleurs, la réussite du transfert des missions du RSI et le transfert engagé de la plupart des missions de la Cipav au régime général conduisent à envisager, dans un objectif d'efficience de la gestion de leur protection sociale, d'autres transferts à terme pour les professionnels libéraux réglementés et les exploitants et salariés du régime agricole.

Enfin, d'autres enjeux portent sur l'intelligibilité et l'équité de l'assiette des cotisations et contributions des indépendants, le niveau relatif de leurs cotisations par rapport à celles des salariés à droits sociaux comparables et le caractère facultatif de la couverture de leurs risques professionnels. Au-delà de celles déjà mises en œuvre, de nouvelles évolutions seront nécessaires afin de réduire les écarts d'effort contributif et de couverture sociale entre les différentes catégories de travailleurs indépendants et entre ces derniers et les salariés.

Liste des abréviations

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACI	Accord conventionnel interprofessionnel
Acip	Accord cadre 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
AFQSR	Association française de la qualité et de la sécurité en radiothérapie
AFPPE	Association française du personnel paramédical d'électroradiologie
Agirc	Association générale des institutions de retraite des cadres
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale de l'État
Anact.....	Agence nationale d'amélioration des conditions de travail
Anap.....	Agence nationale d'appui à la performance
ANI	Accords nationaux interprofessionnels
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ANSP	Agence nationale de santé publique
APE.....	Activité principale exercée
API.....	Allocation de parent isolé
APLD	Activité partielle de longue durée
Aract	Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail
ARE	Allocation de retour à l'emploi
Arco	Association des régimes de retraite complémentaire
ARN.....	Acide ribonucléique
ARS	Agence régionale de santé

ARS.....	Allocation de rentrée scolaire
ASI.....	Allocation supplémentaire d'invalidité
ASF.....	Allocation de soutien familial
ASN	Autorité de sûreté nucléaire
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
ATU	Autorisation temporaire d'utilisation
AVC.....	Victimes d'accidents vasculaires cérébraux
AVMF.....	Assurance vieillesse des mères au foyer
AVPF	Assurance vieillesse des parents au foyer
BMAF	Base mensuelle des allocations familiales
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
CF	Complément familial
CH.....	Centre hospitalier
Cipav.....	Caisse interprofessionnel de prévoyance et d'assurance vieillesse
CLCC.....	Centre de lutte contre le cancer
Chap.....	Commission de hiérarchisation des actes professionnels
CHU	Centre hospitalier universitaire
CICE	Crédit d'impôt pour la compétitivité des entreprises
CLCA.....	Complément de libre choix d'activité

CLDSSTI	Caisse locale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants
CMG	Complément de libre choix du mode de garde
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
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
CNDSSTI	Caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants
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
CNSMRN.....	Comité national de suivi des mesures nationales pour la radiothérapie
Cocir	Comité européen de coordination des industries radiologiques, électromédicales et des technologies de santé
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
Dreets	.....	Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
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
EURL	.....	Entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée
Fami	.....	Forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet
FATIACL	.....	Allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales
Fcat	.....	Fonds commun des accidents du travail
Fcata	.....	Fonds commun des accidents du travail agricole
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
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
IRM.....	Imagerie par résonance magnétique
Irpsti.....	Instance régionale de la protection sociale des travailleurs indépendants
IRSN	Institut national de radioprotection et de sûreté nucléaire
ISU	Interlocuteur social unique
Itaf.....	Impôts et taxes affectés
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LPFP	Loi de programmation des finances publiques

Lura.....	Liquidation unique des régimes alignés
M€.....	Million d'euros
MAS.....	Maison d'accueil spécialisée
MCO	Médecine-chirurgie-obstétrique
Md€.....	Milliard d'euros
MDA	Majoration de durée d'assurance
MEM.....	Manipulateur en électroradiologie médicale
MPA.....	Majoration pour personne âgée
MPE	Majoration pour enfants
MRP.....	Médicament radiopharmaceutique
MSA.....	Mutualité sociale agricole
MSAP	Maison de services au public
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
NABM	Nomenclature des actes de biologie médicale
NEUCP	Negotiable european commercial paper
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
NIR	Numéro d'identification au répertoire
NSI.....	Nouveau système d'information
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
Optam	Option de pratique tarifaire maîtrisée
Optam-CO....	Option de pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique
Paje	Prestation d'accueil du jeune enfant
Pasrau.....	Passage des revenus autres
PCG.....	Plan comptable général
Perpa	Prime exceptionnelle pour le pouvoir d'achat
PH	Praticien hospitalier
PIB	Produit intérieur brut
Pimm.....	Plateau d'imagerie médicale mutualisé
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
PNDS	Portail national des droits sociaux
PNGdress	Plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins
PPV	Prime de partage de la valeur
PRS	Projet régional de santé
Prépare	Prestation partagée d'éducation de l'enfant
PSU	Prestation de service unique
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
RCMI	Radiographie conformationnelle par modulation d'intensité
RCP.....	Réunion de concertation pluridisciplinaire
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
Risp	Régime d'indemnisation des sapeurs-pompiers communaux non professionnels
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
Sessad	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SFPM	Syndicat national des médecins
SFRO	Société française de radiothérapie oncologique
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
SNRO.....	Syndicat national de radiothérapie-oncologie
Spasad	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SPF.....	Santé publique France
SSR	Soins de suite et de réadaptation
SRE.....	Service des retraites de l'État
SRS	Schéma régional de santé
T2A.....	Tarif à l'activité
TEP	Tomographe à émission de positons
TIC.....	Tarif issu des coûts
TMS	Trouble musculosquelettique
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UMTS	Universal mobile telecommunications system
Uncam.....	Union nationale des caisses d'assurance maladie
Ucanss.....	Union des caisses nationales de sécurité sociale
Unocam.....	Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie
UNHFPC.....	Union hospitalière privée de cancérologie
UNPS	Union nationale des professions de santé
URPS	Union régionale des professions de santé
Urssaf	Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

Réponses des administrations et organismes concernés

Sommaire

Réponse commune du ministre de la santé et de la prévention, du ministre du travail, du plein emploi et de l'insertion, du ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées et du ministre délégué chargé des comptes publics	367
Réponse du directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam).....	370
Réponse du directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf).....	377
Réponse de la directrice générale de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).....	380
Réponse de la présidente du collège de la Haute Autorité de Santé (HAS).....	382
Réponse du directeur de l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (Acoss).....	386
Réponse du directeur général de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)	389

Destinataires n'ayant pas d'observation

Monsieur le directeur du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI)
Monsieur le directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)
Monsieur le président de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN)
Monsieur le président de l'Institut national du cancer (Inca)
Madame la présidente de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)
Monsieur le président de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)

Destinataires n'ayant pas répondu

Monsieur le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique
Monsieur le ministre de la transition écologique et de la cohésion des territoires
Madame la ministre déléguée auprès du ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, chargée des personnes handicapées

**RÉPONSE COMMUNE DU MINISTRE DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION, DU MINISTRE DU TRAVAIL,
DU PLEIN EMPLOI ET DE L'INSERTION, DU MINISTRE
DES SOLIDARITÉS, DE L'AUTONOMIE ET DES PERSONNES
HANDICAPÉES ET DU MINISTRE DÉLÉGUÉ CHARGÉ
DES COMPTES PUBLICS**

Nous avons pris connaissance avec intérêt de l'analyse de la Cour des comptes sur les finances sociales.

Nous partageons avec la Cour la conviction que le redressement de la situation financière de la sécurité sociale dans les prochaines années est nécessaire. Au cours des années de crise sanitaire que notre pays vient de traverser, la sécurité sociale a pleinement joué le rôle de protection qui est le sien, notamment en permettant l'accès gratuit aux vaccins et aux tests, et en ouvrant l'activité partielle à des millions de salariés pour sauvegarder les emplois et les entreprises. Le niveau très élevé des déficits atteint au cours des dernières années reflète le niveau d'engagement qui a été collectivement le nôtre pour protéger les Français des conséquences sanitaires, sociales et économiques de la crise. En 2022, le déficit sur le champ du régime général et du fonds de solidarité vieillesse est estimé à 16,8 Md€. Ce déficit se résorberait de 7,6 Md€ par rapport à l'année précédente, et de près de 22 Md€ par rapport à 2020. Bien que la crise sanitaire ne soit pas la seule cause du déficit, l'amélioration de la situation épidémique devrait progressivement permettre de nous inscrire dans une trajectoire financière plus soutenable. Toutefois, nous sommes encore loin de l'équilibre, alors que la maîtrise des finances sociales constitue la condition de notre capacité de résilience et de notre indépendance car c'est la bonne santé financière de la sécurité sociale avant 2020 qui a permis à celle-ci de tenir son rôle durant la crise. Cette exigence est d'autant plus forte dans une période de remontée des taux d'intérêt. La trajectoire de retour à l'équilibre des comptes sociaux doit dès lors nous permettre de financer nos priorités pour réussir les transformations nécessaires et améliorer l'efficacité globale de notre système de protection sociale.

Le rapport de la Cour mentionne ainsi plusieurs chantiers qui sont au cœur des priorités du Gouvernement. Ils trouveront prochainement des traductions concrètes, afin de réaliser les nouveaux progrès nécessaires à la consolidation de notre modèle social.

En premier lieu, le retour à l'équilibre financier de la sécurité sociale appelle une amélioration de la gestion du risque maladie pour garantir une plus grande efficacité de la dépense, par rapport aux défis actuels du système de santé. À cet égard, la révision en profondeur du cadrage et des processus de pilotage financier des négociations conventionnelles conduites par l'Assurance maladie que vous appelez de vos vœux doit se combiner à la souplesse permise par ce type d'outils alors que les enjeux à venir sur le champ de la réforme du système de santé sont nombreux. Le cadre conventionnel actuel pourrait ainsi être adapté pour contribuer plus efficacement à la transformation du système de santé et à l'amélioration de l'efficacité des dépenses, en particulier à la promotion de l'exercice coordonné ou pluri professionnel et au renforcement de la part des rémunérations forfaitaires en complément des rémunérations à l'acte. Par ailleurs, nous partageons l'avis de la Cour quant à la nécessité d'actualiser et de mieux objectiver les coûts de l'activité de radiothérapie afin de faire évoluer le modèle de financement de cette activité. Des travaux ont été engagés en ce sens. Nous partageons également l'objectif d'une meilleure régulation des dépenses d'imagerie médicale. La conférence des parties prenantes qui s'ouvrira prochainement sera l'occasion de porter dans le débat public les enjeux du système de santé et donc également les questions des moyens engagés pour son fonctionnement.

En deuxième lieu, le Gouvernement fait de l'accueil du jeune enfant une priorité. La réforme évoquée par la Cour qui vise à faciliter l'accès à des familles modestes à la garde par les assistants maternels en modifiant le barème du complément de mode de garde pour le rapprocher des structures de garde financées par la prestation de service unique constitue pour le Gouvernement un préalable à la mise en oeuvre d'un « service public de la petite enfance ». Elle permettra de rendre ces modes de garde davantage accessibles à tous mais également, comme le souhaite la Cour, d'adapter le complément de mode de garde aux nouvelles configurations familiales ou professionnelles. Nous partageons avec la Cour le constat que la PréPare demeure peu mobilisée par les pères. Le lancement du chantier du service public de la petite enfance pourrait à cet égard, en fonction des grands axes de sa structuration, donner l'occasion d'estimer dans une approche globale "l'impact financier d'une réforme telle que celle suggérée par la Cour.

En troisième lieu, la simplification des prestations sociales versées en fonction des ressources et l'amélioration de l'utilisation des données sociales pour leur versement sont au cœur des préoccupations du Gouvernement, à travers le chantier de la « solidarité à la source ». Nous partageons le constat de la Cour du besoin de renforcer la transversalité

dans le pilotage des projets s'appuyant sur les données du dispositif de ressources mensuel (DRM). La mise en place de cette gouvernance cible est en cours et devra mieux s'articuler avec les autres instances concernées afin de moderniser la délivrance des prestations sociales en prenant en compte l'ensemble de la chaîne de traitement. La Cnaf conduit actuellement une expérimentation visant à tester l'usage des données du DRM pour le calcul des droits au revenu de solidarité active (RSA) et à la prime d'activité, dont un premier bilan sera réalisé d'ici la fin de l'année 2022. Cette évaluation permettra de définir les différents usages du DRM envisageables afin de garantir le paiement à bon droit des prestations et de simplifier les démarches des usagers. Enfin, dans le sens de l'harmonisation des bases-ressources, un chantier est en cours pour mieux définir les notions de revenu, dont l'ampleur et la sensibilité sont soulignées à juste titre par la Cour.

***En quatrième lieu, concernant les droits familiaux de retraite,** nous partageons le constat général d'une inadéquation croissante entre les objectifs assignés aux droits familiaux lors de leur création et l'évolution des situations familiales des plus récents bénéficiaires et des cotisants actuels. Il semble toutefois complexe et potentiellement coûteux d'entreprendre un travail d'harmonisation de l'ensemble des droits familiaux dès lors que les règles de liquidation des droits demeurent aussi différentes entre régimes. Nous partageons également l'analyse de la Cour relative à une meilleure articulation de ces droits avec les dispositifs de la politique familiale, qui répond à l'objectif d'une meilleure égalité entre femmes et hommes pendant la carrière.*

***En cinquième lieu,** nous avons bien pris note des conclusions très favorables de la Cour concernant **le pilotage de la réforme de la protection sociale des travailleurs indépendants**, qui a permis tant des économies de gestion qu'une amélioration de la qualité de service rendu aux usagers. Si les transferts de mission ne sont pas encore pleinement aboutis, les travaux qui restent à mener en interbranches au service des travailleurs indépendants seront traités dans le cadre de la négociation des conventions d'objectifs et de gestion.*

***En sixième et dernier lieu, l'architecture financière de la sécurité sociale,** à laquelle la Cour consacre un chapitre, reflète les adaptations apportées pour assurer la meilleure adéquation entre les recettes et les dépenses. La « perte de cohérence » regrettée par la Cour nous paraît discutable dans la mesure où, comme la Cour en fait état elle-même, la diversité des recettes affectées a été réduite et leur partage entre branches nettement simplifié. En outre, l'affectation de nouvelles ressources à la sécurité sociale vise avant tout à compenser la diminution des recettes liées*

aux cotisations et à diversifier le financement afin qu'il ne dépende pas exclusivement des revenus d'activité. Aux côtés de la cohérence propre à chaque branche, dont le souci demeure, l'accès aux droits, la stratégie à suivre en matière de prélèvements obligatoires ou les besoins des régimes sont autant de principes directeurs qui ne peuvent être ignorés et qui expliquent les choix de réaffectation des recettes entre branches ou régimes. Depuis l'origine, les recettes des branches excédentaires ont ainsi pu être réduites au profit de celles dont le dynamisme des dépenses était important. Cette logique équilibrée, qui ne remet pas en cause l'affectation des recettes fiscales à des branches plutôt moins contributives, est indispensable à son pilotage financier, les dépenses pouvant ainsi faire l'objet de mesures de régulation indépendamment des effets conjoncturels affectant les recettes. Si le système de financement de la sécurité sociale apparaît enfin plus complexe et si des modifications sont apportées régulièrement par le législateur, c'est pour l'adapter à de nouveaux besoins (création de la branche autonomie, financement de la prévention, etc).

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM)

Par courrier en date du 25 juillet 2022, vous avez adressé à la Caisse nationale de l'Assurance Maladie cinq chapitres du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2022. J'ai pris connaissance avec attention de vos analyses et de vos recommandations. Comme vous m'y invitez, je souhaite vous faire part des principales observations qu'appelle ce rapport.

Chapitre II relatif au financement de la sécurité sociale

Ce chapitre répond à une recherche de clarification et de stabilisation des règles de financement de la Sécurité sociale.

Je constate que l'ensemble des analyses développées s'enracinent dans la volonté de revenir, jusque dans la construction des branches et dans la détermination de leurs ressources, à une pureté du partage classique entre logique « bismarkienne » et « beveridgienne ». Il me semble que cette grille de lecture est largement désuète, tant en ce qui concerne les recettes que les dépenses. Le mélange des logiques doit en réalité être vu comme bénéfique, en ce qu'il a précisément pour vocation d'injecter de la solidarité dans l'assurance et vice-versa, ce qui me semble faire la force de notre système de sécurité sociale.

L'une des propositions centrales de ce chapitre consiste à modifier le périmètre des branches existant actuellement – dans l'objectif de mieux distinguer logique d'assurance/logique d'universalité – afin de créer notamment une branche, assurantielle, pour l'ensemble des prestations en espèces (maladie et AT-MP). Cette proposition me paraît de nature à susciter des difficultés significatives, notamment de pilotage opérationnel. En effet, je crois erroné de penser que l'on pourrait gérer, d'un côté, des personnes malades pour leurs prestations en nature et, de l'autre, des personnes percevant des indemnités journalières.

L'interface client devant être unique, confier cette gestion à deux branches et deux gouvernances différentes risque d'ajouter des coûts de coordination à un sujet qui aujourd'hui déjà est source de complexité et de poser des difficultés en termes de relation de service. A l'inverse, son intérêt pour les assurés est nul, sa justification principale dans le rapport étant le souhait de rationaliser des flux financiers. Le système actuel, pourtant, qui repose sur la gestion par l'Assurance Maladie tant de la branche maladie que de la branche AT-MP, permet de préserver une gouvernance paritaire forte des risques professionnels et de gérer les interfaces évidentes entre les deux branches (rôle du service médical de l'Assurance Maladie dans la reconnaissance des AT et MP, mission réparation assurée par les agents des CPAM) que la création d'une branche dédiée aux prestations en espèce ne simplifierait pas.

Incidemment, on peut s'interroger sur la préconisation du rapport consistant à approfondir le caractère assurantiel de cette branche dans son volet « accidents du travail ». En effet, le principe d'une tarification fondée sur la sinistralité, qui est évidemment vertueux pour internaliser pour les employeurs l'incitation à prévenir les risques pour leurs salariés n'exclut pas une part de mutualisation pour soutenir des branches – industrie, bâtiment – par nature plus « accidentogènes » mais qui sont néanmoins économiquement nécessaires.

S'agissant enfin de l'architecture de financement des différentes branches, la proposition de la Cour concernant la mutualisation du financement des branches famille, maladie et autonomie conduirait de facto à un abandon du pilotage par le solde de l'assurance maladie. Or le redressement des comptes de l'Assurance Maladie, depuis le point bas atteint en 2011, qui a permis à la Cnam de revenir quasiment à l'équilibre juste avant la crise sanitaire, s'est appuyé sur les deux leviers que sont la norme de dépense d'une part (l'Ondam), et le solde de la branche d'autre part. Le durcissement de la trajectoire de l'Ondam (respecté pendant 10 exercices consécutifs malgré un accroissement de la contrainte financière) n'a été rendu possible que parce que le solde de la branche constituait également un objectif politique majeur sur lequel les Gouvernements

successifs se sont engagés, ce qui a justifié l'apport de recettes supplémentaires à l'Assurance Maladie en contrepartie des efforts en dépenses. Certes, l'ampleur du déficit actuel ne permet probablement pas d'envisager un retour à l'équilibre avant la fin de la présente décennie, mais cette perspective éloignée ne disqualifie pas pour autant un pilotage financier qui s'appuie, en complément du vote de l'Ondam, sur le solde de la branche maladie en tant que tel et réinterroge le niveau de recettes que l'on choisit d'affecter à l'Assurance Maladie.

Toutefois la proposition plus générale de rationalisation et clarification des recettes affectées à la branche maladie m'apparaît bienvenue. Si le pilotage financier dual, norme de dépense et solde, a eu des résultats jusqu'à la crise sanitaire, sa lisibilité et sa transparence s'agissant des affectations de recettes aux différentes branches restent très largement perfectibles. Une simplification de ces mécanismes d'affectation, sans aller jusqu'à une mutualisation inter-branches, me semble constituer un préalable indispensable à un pilotage par le solde clarifié et assaini.

Chapitre III relatif aux conventions entre les professionnels de santé de ville et l'Assurance Maladie

La Cnam partage l'objectif de placer les négociations conventionnelles dans un cadre pluriannuel cohérent avec les orientations des pouvoirs publics en matière de santé, tel que le recommande la Cour. Il ne me semble cependant pas utile de faire évoluer le cadre juridique sur ce point, les lettres de cadrage des négociations permettant déjà de rappeler les priorités de santé qu'il est demandé à l'Assurance Maladie de porter dans le cadre des négociations avec les différentes professions.

L'Assurance Maladie rejoint par ailleurs la Cour sur la nécessité de clarifier l'articulation du cadre actuel des négociations avec les différentes professions et des accords pluriprofessionnels.

En revanche, l'Assurance Maladie est en désaccord avec certaines préconisations du rapport quant à la manière d'intégrer dans les préoccupations des négociateurs le respect d'un cadrage financier. En particulier, la piste consistant à prévoir explicitement que les ministres puissent s'opposer pour des motifs financiers aux dispositions négociées serait de nature à entraîner une déresponsabilisation du négociateur. Par ailleurs une modification unilatérale des conditions financières par les ministres au moment de l'approbation reviendrait à priver le dialogue conventionnel de sa légitimité et à remettre en cause l'équilibre qui existe nécessairement entre les différentes mesures qui composent une convention ou ses avenants.

Enfin, à titre plus secondaire, je tiens à rappeler, en réponse à la recommandation consistant à rendre publics les objectifs pluriannuels de dépenses par convention et à mettre en place un suivi régulier de leur coût que ce suivi est d'ores et déjà effectif tant dans le cadre des Commissions des comptes de la sécurité sociale que dans les PLFSS ainsi que dans le cadre des instances conventionnelles propres à chaque profession.

Chapitre IV relatif à l'imagerie médicale

Tout d'abord, la Cnam souscrit à la recommandation de la Cour portant sur le besoin d'objectiver les charges que les forfaits techniques ont pour objet de couvrir et la proposition de mettre en place un système assurant le comptage du nombre de ces forfaits au cours de l'exercice.

J'attire toutefois l'attention de la Cour sur la complexité de mise en œuvre opérationnelle d'un tel projet. Si la méthodologie de l'étude nationale des coûts (ENC) applicable aux établissements qu'évoque la Cour dans son rapport est une bonne inspiration, les natures juridiques diverses des structures libérales d'imagerie complexifieront son application au secteur. Par ailleurs, et à l'instar de l'ENC réalisée par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), le recours aux services d'une maîtrise d'œuvre indépendante constituerait un facteur de réussite déterminant.

Quant à la recommandation de la Cour de rendre obligatoire l'apposition du numéro d'ordre de réalisation des actes d'imagerie sur la facture et de prévoir un système assurant le comptage du nombre forfaits techniques facturés au cours de l'exercice, la Cnam tient à préciser plusieurs éléments :

En premier lieu, le décompte porte sur les forfaits techniques (FT), les seuils d'activité pour la dégressivité de leurs tarifs étant exprimés en nombre de FT.

S'agissant de l'amortissement des coûts d'exploitation d'un équipement, le décompte des forfaits techniques étant remis à zéro lors d'un remplacement d'appareil, l'obligation devra aussi concerner la transmission d'un identifiant unique d'équipement, celle-ci étant techniquement possible pour le système informationnel.

Au regard des règles d'associations d'actes et de cumuls de FT, l'Assurance Maladie envisage de faciliter la mise en relation des facturations des actes CCAM facturés par les médecins libéraux et des FT facturés par les structures exploitants les équipements, afin de donner une plus grande efficacité aux contrôles visant au respect des dispositions tarifaires.

Si ces évolutions peuvent tendre à améliorer le suivi des activités et la régulation des dépenses, ces contrôles ne s'effectueront dans tous les cas qu'a posteriori de la facturation.

S'agissant de la recommandation consistant à approfondir les actions de gestion du risque (GDR) dans le domaine de l'imagerie, je souhaite rappeler que de nombreuses actions de GDR portant sur l'amélioration de la pertinence et l'efficacité des prescriptions, en particulier le développement des outils d'aide à la prescription en imagerie facilitent l'appropriation des référentiels. Les travaux conduits par ailleurs pour améliorer les outils de communication entre professionnels dans le cadre de la stratégie du numérique en santé permettront de faciliter la transmission d'éléments médicaux entre les demandeurs d'examen d'imagerie et les professionnels qui les réalisent pour favoriser le respect de leurs indications. Il convient de souligner à cet égard que la Cnam doit pouvoir s'appuyer sur des référentiels de pertinence clairs et facilement exploitables pour élaborer un message clair et univoque en direction des professionnels. Dans cet objectif, la Cnam travaille en lien étroit avec les services de la Haute Autorité de Santé afin d'anticiper les mesures de pertinence liées aux avis qui seront rendus quant aux demandes d'examen d'imagerie dans certaines situations cliniques courantes (gonalgies, céphalées chez l'enfant/l'adolescent, douleurs abdominales...).

A titre d'exemple, afin de simplifier le parcours de soins des patients et de renforcer la pertinence dans l'utilisation des produits de contraste, l'Assurance Maladie soutient une mesure permettant aux radiologues de se fournir directement en produit de contraste et de les utiliser lorsque l'examen le nécessite. Le coût de ces produits seraient intégrés dans les forfaits techniques perçus. Pour rappel, aujourd'hui, les patients munis d'une prescription médicale doivent se rendre en officine pour obtenir ces produits. Cette mesure s'inscrit également dans une démarche écologique d'utilisation raisonnée de ces produits, en limitant le gâchis de doses inutilisées.

Enfin, la Cnam voit positivement la recommandation de la Cour d'imposer aux détenteurs de scanners de communiquer aux ARS des données sur leurs taux d'utilisation, les volumes produits et les délais d'attente. Ces données constitueraient un outil intéressant également pour alimenter les discussions conventionnelles afin de mobiliser tous les leviers d'amélioration de l'accès pertinent à l'imagerie médicale.

Chapitre V relatif à la radiothérapie

La Cour recommande d'appliquer les mêmes exigences en matière d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins, de recueil de l'activité et de connaissance de la structure des coûts, à tous les services de radiothérapie titulaires ou bénéficiaires d'une autorisation, quel que soit leur statut. A défaut, elle recommande d'engager la transformation des cabinets libéraux en établissement de santé, dans des délais compatibles avec la mise en oeuvre de la réforme de financement dès 2024. L'ayant proposée dans son rapport Charges et Produits pour 2017, l'Assurance Maladie considère que l'option du statut d'établissement de santé pour les actuelles structures libérales faciliterait aussi d'autres évolutions, comme le regroupement de sites.

Pour une maîtrise adaptée des dépenses de remboursement en secteur libéral et une meilleure pertinence des soins délivrés, la Cnam est, comme la Cour, favorable à la mise en œuvre de la réforme du financement de l'activité de radiothérapie dans les meilleurs délais possibles et en lien avec la mise en œuvre de la réforme du régime d'autorisation d'activité de soins et de la révision des actes CCAM. En effet, ces trois projets ont de nombreuses interactions, en particulier sur les modalités de description, de hiérarchisation et de valorisation / financement de l'activité de radiothérapie. Le Haut Conseil des Nomenclatures (HCN) et les parties signataires de la convention médicale devront tenir compte des éléments de cette réforme du financement pour la révision des actes CCAM. Toutefois, l'avancée des travaux, impactés par la crise Covid-19, et la sensibilité de cette réforme laissent à penser que la date du 1er janvier 2024 envisagée par le rapport est une échéance particulièrement ambitieuse.

L'Assurance Maladie est par ailleurs intéressée par la recommandation de la Cour consistant à expérimenter une procédure d'autorisation temporaire, limitée dans le temps, des techniques et pratiques innovantes en radiothérapie conditionnée par un suivi des situations cliniques. Elle attire l'attention de la Cour sur le nécessaire encadrement d'une telle procédure d'autorisation temporaire.

Enfin, comme pour l'imagerie, les nouvelles données sur le secteur que la Cour recommande de produire (indicateurs nationaux de qualité, outil d'évaluation de l'adéquation de l'offre aux besoins des territoires, etc.) pourraient alimenter utilement les discussions conventionnelles.

Chapitre VI relatif aux enjeux de la maîtrise des risques professionnels dans les établissements et services pour personnes âgées et personnes en situation de handicap

Sur ce sujet, je tiens à confirmer à la Cour que l'Assurance Maladie est particulièrement attentive aux enjeux de maîtrise des risques professionnels notamment dans les secteurs d'activité présentant une sinistralité élevée comme les ESMS.

Toutefois, j'émet de très fortes réserves sur la recommandation du rapport consistant à rendre obligatoire la déclaration à la Cnam des accidents de service et maladies professionnelles des employeurs publics en vue de faciliter la coordination de la prévention des risques professionnels dans l'ensemble du secteur médico-social. En effet, si l'intérêt d'une consolidation des données issues de différents régimes est partagée, je tiens à rappeler que le secteur privé dispose aujourd'hui d'un dispositif institutionnel cohérent sur l'ensemble du champ assurantiel (prévention-réparation-tarifcation) au plan national et régional : fondé sur les capacités d'intervention de la Cnam, des caisses d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat) et le recueil des données sur la sinistralité des différents types d'ESMS à partir de la reconnaissance du caractère professionnelle des AT/MP en CPAM en sont les fondements.

Ce dispositif n'est pas duplicable exactement au sein du secteur public qui ne relève pas du champ d'intervention de l'Assurance Maladie. Au-delà du principe, se poserait d'un point de vue opérationnel la question de la capacité technique de l'Assurance Maladie à recevoir et exploiter ces données provenant d'assurés inconnus dans les bases et traitements de l'Assurance Maladie. Il appartient donc avant tout aux employeurs publics de prendre leurs responsabilités sur ce sujet.

Je prends par ailleurs bonne note de la recommandation portant sur la mise en œuvre d'une tarification incitative à la prévention des risques professionnels pour les ESMS privés actuellement soumis à une tarification collective. Cette recommandation pourrait en effet être un levier supplémentaire de prévention. Celle-ci nécessiterait une concertation avec les partenaires sociaux, déjà saisis du sujet grâce à un rapport de la Cour en 2019. De plus, la Cnam partage la prudence émise par la Cour sur une mise en œuvre nécessairement accompagnée et progressive d'une telle mesure qui pourrait conduire à une augmentation substantielle des cotisations pour certains établissements.

Enfin, la Cnam rejoint la Cour sur la volonté de mieux intégrer la gestion du risque aux enjeux AT-MP, ce point faisant d'ailleurs l'objet de discussions avec la gouvernance de la branche dans le cadre de la préparation de la prochaine convention d'objectifs et de gestion. Je regrette toutefois que le rapport ne valorise pas davantage l'action de l'Assurance Maladie en matière de prévention de la survenue des sinistres dans les établissements et services médico-sociaux. La Cnam déploie en effet des programmes nationaux de prévention des principaux risques professionnels, notamment le programme « TMS pro ». Ce programme a été adapté et déployé dans les ESMS à sinistralité élevée. Deux grandes structures regroupant près de 40 000 salariés bénéficient à ce titre d'un suivi national coordonné par notre offre « grand compte ». Les plus petites structures quant à elles bénéficient pleinement des offres TPE/PME qui concernent l'aide et soins à la personne (ASP). Par ailleurs, une action est déployée au niveau national vers les entreprises ayant un fort taux d'absentéisme, qui intègre notamment ce secteur d'activité.

RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

Le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité Sociale 2022 (RALFSS) appelle les observations suivantes de la Caisse Nationale des Allocations Familiales :

Chapitre II : Le financement de la sécurité sociale : des règles à clarifier et à stabiliser

- 1. Clarifier les finalités du financement de la sécurité sociale par la voie d'impôts, en réaffectant à l'État ceux qui n'ont pas de liens avec ses missions, hormis la TVA, et compenser la perte de recettes correspondante par une augmentation de la part de la TVA affectée à la sécurité sociale ;*
- 2. Simplifier le financement des droits non contributifs de retraite, en supprimant le FSV et les transferts de la branche famille et en mettant les dépenses correspondantes à la charge de sections comptables spécifiques des régimes de retraite, financées par des impôts affectés ; alternativement, centraliser leur financement à la Cnav, également par la voie d'impôts affectés ;*

3. *Délimiter l'objet du financement de la branche famille par cotisations patronales, en ajustant le niveau de celui-ci à hauteur des dépenses visant à concilier vies familiale et professionnelle, transférer l'excédent de cotisations résultant de cet ajustement à la branche vieillesse ou bien au financement des prestations en espèces maladie et réaffecter à due concurrence à la branche famille des impôts finançant ces branches ; regrouper le financement des congés maternité et paternité dans une seule et même branche (famille, ou bien maladie)*
4. *Piloter en prévision et en exécution la trajectoire des branches universelles (maladie hors prestations en espèces, famille et autonomie) en répartissant la CSG et la TVA proportionnellement aux soldes à financer des objectifs de dépenses fixés par les lois de financement après prise en compte des cotisations ainsi que des impôts et taxes spécifiques qui leur sont affectés.*

La Cnaf est favorable à la clarification et la stabilisation des conditions de financement des branches de la sécurité sociale et à celles qui concernent la branche famille en particulier. Elle attire néanmoins l'attention, s'agissant notamment de la 3ème recommandation, sur ce qui peut paraître aux yeux des administrateurs en particulier, comme une fiscalisation, voire une « étatisation » d'une branche de la sécurité sociale.

Chapitre VII : Les droits familiaux de retraite : des dispositifs à simplifier et à harmoniser

25. *Etudier, en évaluant son impact financier, la possibilité que la condition d'affiliation de deux ans minimums à un régime d'assurance vieillesse pour l'octroi de la MDA au titre de l'éducation ne porte que sur le seul parent bénéficiaire de ce droit individuel.*
26. *Afin de simplifier l'accès aux droits, établir par voie réglementaire une liste exhaustive des justificatifs de la condition d'éducation et de charge des enfants, lorsque cette condition est exigée pour bénéficier de la majoration de pension pour parents d'au moins trois enfants.*
27. *Conduire à son terme le projet de constitution d'une base de données relatives aux enfants dans le répertoire de gestion des carrières unique (RGCU), dès 2022 s'agissant des informations relatives aux enfants nés antérieurement et à compter de 2024 s'agissant de celles relatives aux naissances intervenues à compter de la première de ces deux dates.*
28. *Prévoir un droit conditionnel d'affiliation à l'AVPF afin de respecter le principe de non-cumul entre les trimestres d'AVPF et les trimestres de retraite compensant les interruptions d'activité dans la limite de trois ans par enfant prévus aux articles L. 351-5 du code de la sécurité sociale et L. 9 du code des pensions civiles et militaires de retraite*

Pas de remarque de la caisse nationale des allocations familiales sur ces recommandations

Chapitre VIII : La prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) : des objectifs inégalement atteints, une cohérence à restaurer

29. Pour assurer le paiement à bon droit du CMG et dans le cadre du renforcement des dispositifs de maîtrise des risques, mettre en place des actions de contrôle spécifiques à la Paje, permettant, notamment, de s'assurer de l'effectivité du service facturé par les assistants maternels (ministère chargé de la sécurité sociale, Cnaf, CCMSA) : **favorable**
30. Faciliter l'accès des familles modestes à la garde par les assistants maternels en modifiant le barème du CMG « assistant maternel » afin de rapprocher les restes à charge de ceux observés pour les structures de garde financées par la prestation de service unique de la branche famille (ministères chargés de la sécurité sociale et des comptes publics, Cnaf, Acof/Pajemploi) : **favorable**
31. Adapter le CMG aux nouvelles configurations familiales ou professionnelles et permettre le paiement direct du CMG aux structures de garde, ainsi que la perception directe du crédit d'impôt pour garde d'enfant (ministères chargés de la sécurité sociale et des comptes publics, Cnaf, Acof/Pajemploi) : **favorable**
32. Prendre acte de l'inadaptation des caractéristiques de la Prepare et préparer une refonte, à coût constant pour la branche famille, de l'indemnisation de la suspension d'activité visant à augmenter le niveau d'indemnisation pendant une durée raccourcie (ministères chargés de la sécurité sociale et des comptes : **favorable**

Chapitre IX : Les prestations sociales versées en fonction des ressources de leurs bénéficiaires : simplifier pour mieux gérer

33. Engager un chantier de simplification ayant pour objectif d'harmoniser les périodes de référence, les périodicités d'actualisation et les bases-ressources des prestations sociales versées sous conditions de ressources ; en priorité, adopter une définition unique des éléments de salaires pris en compte par l'ensemble des bases-ressources des différentes prestations (ministère chargé de la sécurité sociale) : **très favorable**
34. Parmi les possibilités d'utilisation des données du DRM, privilégier celles permettant de sécuriser le paiement à bon droit des prestations sociales pour leurs bénéficiaires et les organismes sociaux ; à ce titre, autoriser dans le droit positif l'usage du DRM pour le contrôle a posteriori des prestations versées, que celles-ci aient ou non été liquidées avec son concours (ministère chargé de la sécurité sociale, organismes sociaux) : **très favorable**

35. Assurer la transmission simultanée aux organismes sociaux des déclarations modifiant la composition des foyers bénéficiaires de prestations (ministère chargé de la sécurité sociale, organismes sociaux) : *sous réserve d'analyse*
-

**RÉPONSE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA CAISSE
NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE (CNSA)**

Faisant suite à votre courrier en date du 25 juillet, je vous prie de bien vouloir trouver ci-après les éléments que la CNSA souhaite porter à votre attention concernant le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2022.

Concernant la première partie relative au financement de la sécurité sociale (chapitre II), la CNSA souscrit dans l'ensemble à l'objectif de lisibilité et de cohérence recherché pour les différentes branches. Comme le relève le rapport, les recettes de la branche autonomie sont actuellement en cohérence avec les prestations servies et la transformation de la caisse en nouvelle branche a permis de simplifier les transferts complexes qui existaient auparavant avec l'assurance maladie.

La CNSA souhaite toutefois attirer l'attention de la Cour sur les risques que ferait courir sur son équilibre l'orientation n°4 visant à « piloter en prévision et en exécution la trajectoire des branches universelles (maladie hors prestations en espèces, famille et autonomie) en répartissant la CSG et la TVA proportionnellement aux soldes à financer des objectifs de dépenses fixés par les lois de financement après prise en compte des cotisations ainsi que des impôts et taxes spécifiques qui leur sont affectés ». En effet, cette proposition apparaît structurante mais pourrait conduire à une fongibilisation des risques, susceptible de pénaliser la branche autonomie par rapport aux branches famille et surtout maladie, dont les dépenses apparaissent moins pilotables. Cette mutualisation entre branches apparaît par ailleurs entrer en contradiction avec l'objectif assigné à la CNSA de veiller à l'équilibre financier de la branche dont elle est gestionnaire, qui nécessite une pleine maîtrise et une stabilité de ses recettes.

Concernant la seconde partie, relative à la maîtrise des risques professionnels dans les établissements et services pour les personnes âgées et personnes en situation de handicap (chapitre VI), la CNSA souhaite transmettre les chiffres actualisés suivants, qui pourront alimenter les constats effectués notamment en pages 34 et 35 :

- *En 2021, 1.12 million de places étaient ouvertes pour les personnes âgées (601 918) et handicapées (524 049 dont 356 136 pour adultes) en hébergements et soins à domicile (Chiffres clés de l'autonomie 2022) ;*
- *En 2021, dans le secteur du handicap, le nombre de places dans les services (SSIAD/SPASAD/SAVS/SAMSAH) s'élevait à 63 167 places pour adultes et 56 452 places de Sessad pour les enfants, soit environ 23 % du total de l'offre (Chiffres clés de l'autonomie 2022) ;*
- *En 2021, on dénombre 1,3 million de professionnels salariés dans le secteur médico-social de l'aide de l'autonomie dont 500 047 auprès des personnes âgées et 317 900 auprès des personnes handicapées (Chiffres clés de l'autonomie 2022). Selon une étude de la DREES⁶²⁷, cela représente 700 000 ETP (429 770 pour le secteur PA – dont 377 100 en EHPAD – et 257 600 pour le secteur PH) ;*
- *Concernant les SSIAD, le rapport de la Cour des comptes sur les services de soins à domicile recense 126 600 places de SSIAD sur le champ PA et 6 600 sur le champ PH. Il existe par ailleurs 54 100 places en Sessad, qui emploient 14 200 ETP⁶²⁸ ;*
- *Concernant les primes d'assurance acquittées mentionnées en page 38, les données sont issues des ERRD 2018 et non 2019.*

La CNSA souscrit par ailleurs à la nécessité d'une meilleure prévention des risques professionnels, qui impactent fortement la qualité de vie au travail des salariés du secteur ainsi que la qualité de la prise en charge des personnes âgées et handicapées. En complément des travaux de la branche AT-MP, elle entend ainsi apporter son concours à l'amélioration des données et contribue à la mise en œuvre de plusieurs expérimentations et actions permettant l'amélioration des conditions de travail dans les établissements, qui ont été évoquées dans le rapport. Elle contribue notamment au financement de mesures dédiées à la qualité de vie au travail, dans la continuité des orientations et des outils portés par l'instruction n°DGCS/4B/2018/177 du 17 juillet 2018 relative à la mise en œuvre d'une stratégie de promotion de la qualité de vie au travail dans les établissements médico-sociaux

⁶²⁷ DREES, « L'aide et l'action sociales en France. Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion », ed. 2020, fiches 17 et 23.

⁶²⁸ Cour des comptes, « Les services de soins à domicile. Une offre à développer dans une stratégie territorialisée de gradation des soins », décembre 2021, p. 17.

(EHPAD et établissements accueillant des personnes handicapées).

La CNSA accueille à ce titre positivement la proposition n°23 consistant à « Structurer dans le cadre des CPOM une politique régionale de maîtrise du risque professionnel dans les ESMS publics et privés », qu'elle souhaite voir bien liée à la proposition d'«élaborer des ratios de personnels soignants requis dans les ESMS et rendre obligatoire la publication pour chaque établissement du niveau atteint par ces indicateurs » si cette dernière devait être mise en œuvre. En effet, la dimension quantitative des ressources humaines mobilisées doit impérativement être abordée dans un cadre également qualitatif, tant en matière de qualifications des professionnels mobilisés que de résultats attendus en matière de qualité de fonctionnement des organisations. La définition de ratios d'effectifs opposables et la publication des résultats atteints par les ESMS ne saurait en effet à elle seule répondre aux enjeux d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels du secteur médico-social. Elle doit également s'inscrire dans une trajectoire financière relevant tant du niveau du gestionnaire (CPOM) que du niveau des dépenses de la branche autonomie (OGD).

RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DU COLLÈGE DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS)

Dans le cadre de votre rapport intitulé La sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (2022), la HAS souhaite porter à votre connaissance les commentaires suivants :

- ❖ « Enfin, le délai entre l'apparition d'une nouvelle pratique et l'évaluation par la HAS du service médical rendu, en vue d'une tarification, est trop long et non adapté à la spécialité. Les professionnels effectuent donc un certain nombre d'actes dans des indications non validées par la HAS ».*

La HAS rappelle qu'elle évalue les actes professionnels (notamment de radiothérapie) uniquement en vue du remboursement par l'Assurance maladie, conformément aux articles L162-1-7 et L.161-37 du Code de la sécurité sociale. Elle ne réalise pas d'évaluation en vue d'une autorisation de pratique. Si la HAS ne reçoit pas de saisine en vue du remboursement d'un acte, rien n'empêche le professionnel de réaliser cet acte (sauf si autorisation de pratique spécifique requise). Le fait d'avoir des actes non évalués par la HAS n'est donc pas anormal.

Par ailleurs, d'après l'article L.162-17 du CSS, le délai d'évaluation par la HAS est fixé légalement à 180 jours renouvelable une fois (si évaluation complexe). En 2021, les délais moyens d'évaluation étaient de 157 jours pour les évaluations rapides et de 291 jours pour les évaluations complexes. Enfin, le délai compris entre l'apparition de la pratique et la publication de l'avis HAS ne dépend que très partiellement de la HAS puisque le délai entre l'apparition de la pratique et le démarrage de l'évaluation HAS dépend des actions de recherche entreprises par les professionnels de santé.

- ❖ *« Or, en radiothérapie, il n'existe pas toujours de technique alternative et, quand elle existe, l'analyse comparative n'est pas toujours possible : les sauts technologiques sont tels que les professionnels tendent à en faire bénéficier tous les patients concernés, plutôt que de continuer à utiliser des techniques potentiellement plus toxiques pour les patients composant un groupe témoin⁵⁰ dans le cadre d'essais cliniques. »*

La HAS rappelle que l'absence de technique alternative n'est pas spécifique de la radiothérapie et peut être rencontrée pour d'autres technologies de santé (actes, médicaments, dispositifs médicaux...). Précisons ici que le besoin dans ce cadre porte plutôt sur l'existence de comparateur cliniquement pertinent que de technique alternative. Pour autant, lorsqu'une technique alternative n'existe pas, il existe des solutions méthodologiques rendant l'approche comparative possible, par exemple en réalisant des comparaisons avec des techniques placebo ou en se comparant à la stratégie de prise en charge actuellement réalisée en France (« Best supportive care » notamment). Ces études comparatives permettent également deux choses :

- *Comparer de manière robuste la sécurité du nouvel acte avec celle de l'acte ou de la stratégie référence (pour la sécurité des patients, il n'est pas souhaitable de se contenter de considérer une technique « potentiellement » plus ou moins toxique, il faut s'en assurer réellement) ;*
- *De plus ces études permettent de comparer l'efficacité du nouvel acte avec l'acte ou la stratégie de référence, étape indispensable avec l'évaluation de la sécurité pour statuer sur le bénéfice/risque de l'acte.*
- ❖ *(note de bas de page) : « En irradiant de façon plus précise une zone, les professionnels considèrent qu'ils irradient moins les tissus sains et que, même si cela ne peut pas être facilement prouvé, de tels traitements sont préférables, voire même qu'il ne serait pas éthique de ne pas les appliquer. C'est ce qu'ils appellent « l'évidence dosimétrique ».*

La HAS rappelle qu'une évaluation basée uniquement sur la mesure d'un paramètre unique d'irradiation n'est pas méthodologiquement recevable pour évaluer le service attendu/amélioration du service attendu d'un acte professionnel. Comme pour toute technique de traitement du cancer (et même pour d'autres pathologies), il est nécessaire de connaître les conséquences du traitement en termes techniques et également en termes cliniques pour le patient : survie globale, sans progression, sans récurrence, qualité de vie, impact transitoire ou permanent sur les fonctions physiologique de l'organe traité (incontinence/impuissance lors du traitement du cancer de la prostate par exemple). La réalisation d'études cliniques comparatives utilisant ces critères de jugement est d'ailleurs fréquemment réalisée aux Etats-Unis en radiothérapie.

- ❖ *« Comme le demandent les radiothérapeutes, l'évaluation devrait davantage prendre en compte la qualité de vie des patients et la diminution de la toxicité des traitements »*

La HAS est tout à fait d'accord avec cette proposition (cf. supra).

- ❖ *« Les difficultés des évaluations des soins de radiothérapie*

Les professionnels rencontrent des difficultés pour répondre aux exigences d'un essai randomisé de phase 3, dont la réalisation nécessite le respect de protocoles de recherche et l'obtention de financements. Contrairement aux traitements médicamenteux, ils ne peuvent pas compter sur le soutien des industriels : peu nombreux sur le marché des équipements en radiothérapie, ces derniers ne sont pas incités à contribuer financièrement aux programmes de recherche, une fois obtenu le marquage CE qui conditionne la mise sur le marché de l'équipement. »

La HAS est en accord avec le constat de la faible implication des fabricants d'équipements de radiothérapie dans la recherche clinique. Pour autant, ce constat est aussi valable dans d'autres spécialités médicales qui pourtant réussissent à réaliser de la recherche clinique académique (imagerie notamment). Cela est donc possible.

- ❖ *« Les essais de phase 3 doivent en outre inclure plusieurs centaines de patients et durent habituellement au moins quatre à cinq ans. Ils nécessitent une plus grande collaboration des centres entre eux dans le cadre d'un réseau, ainsi qu'une structuration commune des recueils de données.*

Enfin, pour apprécier l'efficacité des traitements en radiothérapie et évaluer les effets secondaires à long terme, des registres seraient nécessaires pour un meilleur suivi épidémiologique des patients, dix à vingt ans après leur traitement. La mise en œuvre de tels registres impose de dégager des financements et une organisation appropriée. »

La HAS est tout à fait d'accord avec ces commentaires et propositions.

- ❖ *« Il conviendrait d'expérimenter dans ce cadre une procédure d'autorisation temporaire des techniques et pratiques innovantes, conditionnée par la mise en place de registres des pratiques et par un suivi des situations cliniques, les modalités de sortie de ce dispositif devant être anticipées pour garantir le respect du caractère temporaire »*

La HAS est en accord avec cette proposition (d'ailleurs évoquée par l'ASN) à ceci près que l'autorisation temporaire ne doit pas être conditionnée à la tenue d'un registre, mais à celle d'une étude clinique comparative, ce qui permettra également de pouvoir ensuite directement statuer sur le remboursement de la technique en sortie de dispositif (comme c'est déjà le cas avec le Forfait Innovation).

- ❖ *Recommandation 19 : « Expérimenter une procédure d'autorisation temporaire, limitée dans le temps, des techniques et pratiques innovantes en radiothérapie conditionnée par un suivi des situations cliniques (ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale, Inca, HAS, ASN, ANSM). »*

Même commentaire que précédemment (cf. ci-dessus, p28)

- ❖ *Recommandation 18 : « Définir des indicateurs nationaux de qualité et construire un outil d'évaluation de l'adéquation de l'offre aux besoins des territoires, à partir des recommandations de bonnes pratiques des sociétés savantes (Inca, HAS), afin, notamment de permettre aux ARS d'établir des diagnostics de territoire et de mieux piloter l'offre (ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale, Inca, HAS) ».*

La HAS propose une la nouvelle version suivante pour cette recommandation :

« Mettre à disposition des professionnels et des ARS des indicateurs de vigilance afin, notamment de permettre aux ARS d'établir des diagnostics de territoire et de mieux piloter l'offre (ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale, Inca, HAS, ATIH) ».

**RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'AGENCE CENTRALE
DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS)**

J'ai pris connaissance avec intérêt de vos analyses et recommandations. Comme vous m'y invitez, je souhaiterais vous faire part de différentes observations concernant les chapitres VIII et X de ce rapport.

1. S'agissant des recommandations portant sur les évolutions souhaitables de la prestation d'accueil du jeune enfant (pages 32 et 33).

Je partage votre recommandation consistant à faciliter l'accès des familles modestes à la garde par les assistants maternels en modifiant le barème du CMG. Différentes évolutions seront discutées dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 à cette fin :

- *La réforme du mode de calcul du CMG « rémunération » afin de rapprocher les restes à charge de ceux observés pour les crèches ;*
- *L'extension du CMG « emploi direct » aux enfants âgés de 6 à 12 ans à la charge des familles monoparentales ;*
- *Le partage du CMG en cas de résidence alternée de l'enfant à charge.*

Par ailleurs, je confirme que le crédit d'impôt pour garde d'enfant de plus de 6 ans sera ouvert à compter du mois de septembre 2022.

2. Les recommandations portant sur l'amélioration de la relation de service à destination des travailleurs indépendants ont également retenu mon attention.

Au-delà de l'accompagnement des créateurs d'entreprise, plusieurs des réalisations probantes ont été réalisées :

- *Le déploiement des accueils communs entre les organismes de Sécurité sociale (maladie – vieillesse – allocations familiales) qui associent avec les services des impôts ;*
- *Enrichissement du bouquet de services digitaux avec l'intégration des artisans-commerçants à urssaf.fr ;*
- *Création d'une application mobile dédiée aux autoentrepreneurs et refonte du site auto-entrepreneurs.urssaf.fr ;*
- *Lancement du service de modulation des cotisations des travailleurs indépendants en temps réel ;*
- *Déploiement de la procédure fil rouge garantissant la prise en charge des travailleurs indépendants en très grande difficulté ;*

- *Politique de recouvrement amiable et forcé spécifique aux travailleurs indépendants prévoyant notamment la possibilité de demander un délai de paiement par anticipation, et un cadencement adapté des procédures de recouvrement ;*
- *Accompagnement des travailleurs indépendants affectés par la crise sanitaire, et plus récemment les catastrophes naturelles ;*
- *Signature de la convention nationale de partenariat avec la CNAF en 2022 visant à renforcer les actions communes dans la gestion des droits, la lutte contre le non-recours et l'amélioration de la qualité de services des travailleurs indépendants ;*
- *Généralisation du dispositif de prise en charge coordonnée et interbranche des difficultés des travailleurs indépendants en fonction des droits activables (HELP) ;*

Sur ce dernier point, il a été fait le choix d'utiliser la plateforme de l'Etat « DémarchesSimplifiées.fr » au regard du volume restreint de dossiers. Des travaux sont en cours pour industrialiser et améliorer l'outil portant des différentes offres de service à destination des travailleurs indépendants dans le cadre de la prochaine convention d'objectifs et de gestion.

3. L'achèvement des travaux de décommissionnement des applications informatiques du RSI (recommandation n°37) constitue une priorité.

En matière de cotisations et droits retraite, les outils ADAU et SCR ont été maintenus temporairement dans l'attente de la cible RGCU. Cette bascule RGCU est effective depuis avril 2022 et un plan d'actions est établi pour décommissionner ces applicatifs.

Cette précision est de nature à lever la recommandation.

4. La recommandation n°38 visant à clarifier les relations des branches du régime général avec le CPSTI appelle des précisions.

Le décret du 5 février 2022 pris en application du 5° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale, a ainsi étendu et mis en cohérence les règles communes de reversement aux attributaires, et intégré en leur sein les dispositions relatives au CPSTI fixées par le décret de 2020, mentionné dans le rapport.

Les taux ainsi fixés au titre des frais de gestion des attributaires distinguent les cotisations recouvrées auprès d'employeurs (0,5% jusqu'à 20 Md€ de collecte, 0,1% au-delà, et 0,3% pour les cotisations dues principalement par des employeurs publics) et celles recouvrées auprès de travailleurs indépendants (1% pour les régimes TI, 2,5% pour les fonds d'assurance formation et 0,5% pour les URPS).

Les textes ne prévoient pas la mise en œuvre d'un suivi analytique des coûts engagés pour chaque contribuable au titre de la gestion du recouvrement, ni de révision périodique du niveau des frais appliqués forfaitairement. Ces dispositions sont identiques à celles appliquées par l'Etat aux contribuables des recettes collectées par les administrations fiscale et douanière (collectivités locales, organismes et régimes de sécurité sociale...).

Par ailleurs, les clés de répartition des dépenses communes entre les régimes pilotés par le CPSTI (85/15%) sont anciennes et historiquement fondées sur le poids relatif des produits de cotisations affectées à chaque branche, qui est très stable dans le temps (84,6% et 15,4% sur la base des comptes à fin 2021).

Au-delà des frais de gestion relatifs au recouvrement, pour ce qui concerne la gestion des réserves du CPSTI confiée à l'Urssaf, la refacturation des coûts – directs comme indirects - est effectuée à l'euro près dans le cadre des dispositions réglementaires spécifiques au CPSTI et un suivi fin des ressources engagées est établi régulièrement à l'appui de la facturation annuelle. Ces éléments sont intégrés dans le budget de l'Urssaf.

5.S'agissant de la recommandation n°39, je confirme que la lutte contre la fraude aux prélèvements sociaux des indépendants est notre priorité.

Je précise à cet égard que la première étape de la campagne de déclaration des revenus consiste à réaliser un rapprochement entre des populations connues de l'Urssaf et de la DGFIP.

La recommandation consistant à systématiser la transmission par la DGFIP aux Urssaf des données des déclarations des contribuables inconnus de notre système d'information est porteur de risques vis-à-vis du cadre réglementaire informatique et libertés et supposerait une évolution législative à l'égard du secret fiscal. En effet, l'Urssaf indique systématiquement à la DGFIP en amont de la campagne, si un contribuable est travailleur indépendant afin de disposer de la donnée de gestion. Néanmoins, ces travaux s'inscrivent dans la feuille de route pluriannuelle Urssaf/DGFIP visant la fiabilisation des revenus des travailleurs non-salariés.

Les progrès accomplis en matière de ciblage, de verbalisation et de redressement du travail dissimulé dans le cadre des contrôles des travailleurs indépendants sont très significatifs (33% des contrôles ciblés LCTI concernaient des travailleurs indépendants en 2021 contre 10% en 2015) et doivent être poursuivis. D'ailleurs, la priorité ne nous semble pas devoir porter sur les contrôles partiels d'assiette sur pièces, mais bien sur des contrôles « répressifs » sur place et sur pièces, à la faveur de la montée en compétence des contrôleurs du recouvrement qui sont désormais habilités (suite à l'arrêté du 17/07/2019) à constater les infractions en matière de travail dissimulé.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE
CENTRALE DE LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE (CCMSA)**

J'ai pris connaissance avec la plus grande attention des extraits du rapport intitulé « La Sécurité Sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2022 (RALFSS) ».

Ce rapport n'appelle pas d'observations de ma part concernant l'évaluation de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje).

Toutefois, je souhaite que la CCMSA soit ajoutée dans la liste des organismes concernés par la mise en œuvre des deux recommandations rappelées ci-dessous, et ce d'autant plus qu'elle est pleinement associée aux travaux qui s'ensuivent.

« Recommandation 30. Faciliter l'accès des familles modestes à la garde par les assistants maternels en modifiant le barème du CMG « assistant maternel » afin de rapprocher les restes à charge de ceux observés pour les structures de garde financées par la prestation de service unique de la branche famille (ministères chargés de la sécurité sociale et des comptes publics, Cnaf, Acof/Pajemploi); »

« Recommandation 31. Adapter le CMG aux nouvelles configurations familiales ou professionnelles et permettre le paiement direct du CMG aux structures de garde, ainsi que la perception directe du crédit d'impôt pour garde d'enfant (ministères chargés de la sécurité sociale et des comptes publics, Cnaf, Acof/Pajemploi). »
