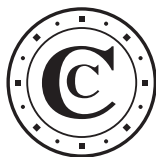


Cour des comptes



FINANCES ET COMPTES PUBLICS

# LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

Synthèse

Octobre 2022

 **AVERTISSEMENT**

**Le présent document a pour objet de faciliter la lecture du rapport de la Cour des comptes qui, seul, engage cette dernière. Les réponses des administrations et des organismes intéressés sont intégrées au rapport de la Cour.**

**L'ordre des chapitres résumés correspond à celui du rapport.**

# Sommaire

<b>Présentation</b> .....	<b>5</b>
<b>1</b> Une situation financière dégradée, un redressement à engager .....	<b>7</b>
<b>2</b> Des réformes nécessaires, des enjeux à mieux prendre en compte .....	<b>19</b>
<b>3</b> Des mesures récentes au bilan contrasté .....	<b>37</b>



# Présentation

Comme la Cour l'a rappelé à l'occasion de l'analyse de la situation et des perspectives des finances publiques<sup>1</sup>, 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 constitue un objectif majeur, auquel peut contribuer la recherche d'une plus grande efficacité des dépenses publiques en général et de la protection sociale en particulier, en raison du poids financier de cette dernière (813 Md€ en 2020, soit 35 % du PIB).

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 retraite<sup>2</sup>. 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 notamment le respect vigilant des trajectoires de dépenses pluriannuelles que le Parlement aura à déterminer prochainement (partie I) ;
- 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 (partie II) ;
- 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 (partie III).

---

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

2. 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.





# 1 Une situation financière dégradée, un redressement à engager

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 le rôle que devraient jouer les conventions entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé pour concilier la qualité et l'efficacité des soins et tenir mieux compte de la nécessaire maîtrise des finances de la branche maladie (chapitre III).

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

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€. La crise sanitaire a entraîné en 2020 une aggravation considérable du déficit, qui a atteint 39,7 Md€ (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 restriction d'activité a réduit les recettes, tandis

qu'ont été engagées des dépenses exceptionnelles afin d'assurer la continuité du système de santé et de l'économie nationale.

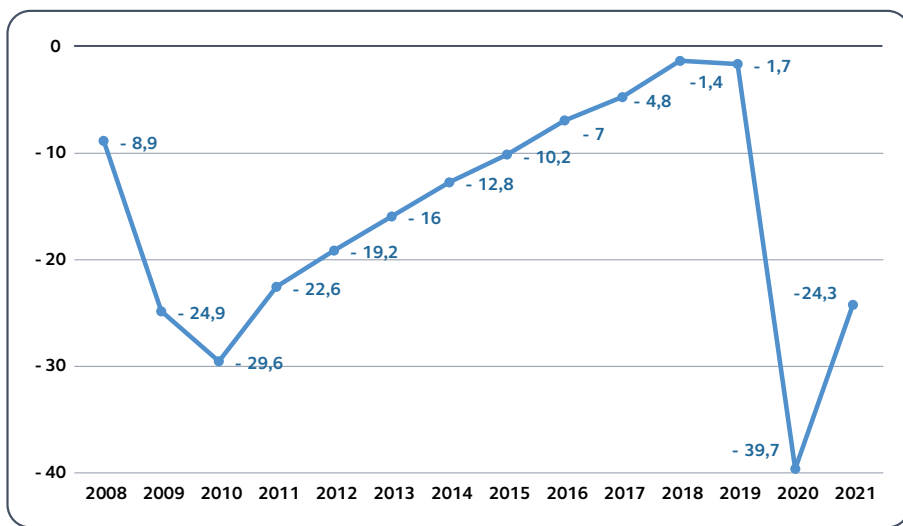
*En 2021, un déficit toujours important, du fait de dépenses exceptionnelles très élevées, malgré le rebond des recettes*

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 recettes sociales et d'une forte réduction des dépenses exceptionnelles induites dans les deux cas par la crise sanitaire. Grâce à une croissance économique plus dynamique qu'escompté, le déficit s'est réduit plus fortement que prévu, à 24,3 Md€ (dont 24,4 Md€ pour le régime général et le FSV).

La présentation de l'évolution du déficit entre les deux exercices 2020 et 2021 est cependant affectée par la comptabilisation en 2021, au lieu de 2020, de 5 Md€ de recettes de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants (voir le rapport de la Cour sur la certification des comptes 2021 du régime général de sécurité sociale).

# Une situation financière dégradée, un redressement à engager

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

## Le rebond des recettes en 2021

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.

Cette évolution très favorable a trois origines principales : les effets du rebond de l'activité économique sur

les principales assiettes des recettes de la sécurité sociale (la masse salariale au premier chef, ainsi que la consommation et les revenus du capital), la stabilité du montant des recettes à caractère non récurrent et la chute des charges liées au recouvrement des prélèvements sociaux (dépréciations de créances sur les cotisants).

Une partie du surcroît de recettes a cependant été absorbée par des dépenses de crise plus élevées que la prévision de la loi de financement pour 2021. Les charges nettes du régime général (RG) et du FSV 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 (+ 3,6 %). Ce dépassement se concentre sur la branche maladie, qui a porté, comme en 2020, l'essentiel des dépenses liées à la crise sanitaire.



# Une situation financière dégradée, un redressement à engager

Dans les dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), les dépenses exceptionnelles de crise sanitaire (nettes de la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires) sont en définitive restées stables (17,7 Md€, après 17,3 Md€ en 2020), alors que la loi de financement pour 2021 prévoyait un montant réduit de dépenses à ce titre (4,3 Md€). Les dépenses du Ségur de la santé, principalement pérennes car liées à des revalorisations salariales dans les établissements de santé et médico-sociaux, sont quant à elles estimées à 9,3 Md€ (+ 7,8 Md€ par rapport à 2020).

Hors crise et hors Ségur, les dépenses de l'Ondam ont progressé de 10,8 Md€ par rapport à 2020, dont 5,1 Md€ de rattrapage 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.

*En 2022, une réduction du déficit permise par la dynamique des recettes*

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 prévoit que

le déficit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV se réduise à 17,8 Md€ en 2022 (- 6,5 Md€ par rapport à 2021).

Selon les hypothèses du PLFSS 2023, la croissance de l'activité économique se ralentirait en 2022 (+ 2,7 %, après 6,8 % en 2021). Cependant, la masse salariale du secteur privé soumise à cotisation connaîtrait en 2022 une croissance d'un niveau voisin de celui de 2021 (+ 8,4 %, après + 8,9 % en 2021), soutenue par le dynamisme des effectifs salariés et du salaire moyen. La hausse des salaires serait tirée par les revalorisations du Smic et les accords salariaux de branche.

Grâce à cette masse salariale dynamique, les recettes de la sécurité sociale continueraient à bénéficier d'une vive augmentation (+ 5,3 % par rapport à 2021).

Hors dépenses liées à la crise sanitaire (11,5 Md€ prévues en 2022, contre 18,2 Md€ constatées en brut en 2021), le déficit ne se réduirait pas en 2022 par rapport à 2021, mais connaîtrait une simple stabilisation aux alentours de 6 Md€. La dynamique des recettes serait entièrement absorbée par les dépenses nouvelles hors crise sanitaire.

## **Plus de 13 Md€ de dépenses non prévues par la LFSS 2022, dont près de 8 Md€ pérennes**

La loi de financement pour 2022 intégrait 4,9 Md€ de dépenses provisionnelles au titre de la crise sanitaire. Cette provision s'avère à nouveau très insuffisante : le projet de loi de financement pour 2023 anticipe 11,5 Md€ de dépenses liées

à la crise sanitaire, principalement au titre de la campagne de vaccination et des tests de dépistage.

Par ailleurs, dans le cadre d'une extension du Ségur de la santé, les agents publics de la filière socio-

# Une situation financière dégradée, un redressement à engager

éducative bénéficieront du complément de traitement indiciaire au 1<sup>er</sup> avril 2022 (+ 0,35 Md€ de dépenses de l'Ondam en 2022, soit + 0,5 Md€ en année pleine).

En outre, le point d'indice des trois fonctions publiques a été revalorisé de 3,5 % au 1<sup>er</sup> juillet. Pour 2022, l'impact global sur les dépenses d'assurance maladie de la hausse du point d'indice de la fonction publique hospitalière est estimé à 1,5 Md€ (3 Md€ en année pleine). S'y ajoutent 0,8 Md€ au titre de mesures de compensation de l'inflation sur les

autres dépenses des établissements de santé et médico-sociaux.

Enfin, la loi du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat a indexé au 1<sup>er</sup> juillet les prestations monétaires à hauteur de 4 %. Le coût de cette revalorisation anticipée à mi-année est estimé, pour 2022, à 4,9 Md€ pour les retraites versées par les régimes de base de sécurité sociale et à 0,9 Md€ pour les autres prestations de sécurité sociale (prestations familiales, pensions d'invalidité, rentes AT-MP).

## *La nécessité de réformes pour faire revenir la sécurité sociale à l'équilibre financier*

Selon le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, le déficit des régimes de base et du FSV se réduirait de 17,8 Md€ en 2022 à 6,8 Md€ en 2023.

Cette forte contraction résulterait de la bonne tenue des recettes malgré le ralentissement de la croissance économique (1 % prévus après 2,7 % en 2022) et d'un montant très faible de dépenses au titre de la crise sanitaire (1 Md€, en baisse de 10,5 Md€). L'Ondam hors crise sanitaire est fixé en forte augmentation (+ 3,7 %) mais moindre que celle des prix. La progression de certaines dépenses d'assurance maladie hors crise pourrait elle aussi être sous-estimée. En raison du risque de dépassement des objectifs

de dépenses, le déficit pourrait s'inscrire à un niveau plus élevé que celui projeté, indépendamment des incertitudes affectant l'environnement macroéconomique.

En 2024 et en 2025, le déficit des régimes de base et du FSV se dégraderait à nouveau et s'établirait à près de 12 Md€ en 2026.

La branche maladie serait alors en déficit de près de 3 Md€, malgré l'hypothèse d'une hausse des dépenses moins rapide que celle des recettes sociales et à peine supérieure à celle des prix. L'effort nécessaire d'économies dans cette hypothèse reste cependant à documenter.

Le déficit de la branche vieillesse et du FSV atteindrait près de 14 Md€, contre moins de 2 Md€ en 2021. L'inflation plus élevée qu'avant la crise pèse sur les dépenses de retraite des salariés

# Une situation financière dégradée, un redressement à engager

du secteur privé et des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, tandis que la masse salariale sur laquelle sont assises leurs cotisations augmenterait moins que le PIB nominal.

La remontée annoncée du déficit prévisionnel de la sécurité sociale est d'autant plus préoccupante qu'elle tient compte de prévisions optimistes de croissance économique pour 2024, 2025 et 2026 (1,6 % à 1,7 %).

La pérennisation du déficit de la sécurité sociale crée le risque d'une croissance continue de l'endettement social (environ 160 Md€ prévus fin 2022), au détriment des générations futures.

La Cour appelle à la mise en œuvre d'un programme pluriannuel de réformes dans les domaines de l'assurance-maladie et des retraites qui permette à la sécurité sociale de revenir à un équilibre financier pérenne. Les pouvoirs nouveaux conférés au Parlement par la loi organique du 14 mars 2022 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, dont une grande partie a été documentée par la Cour dans ses rapports, et à lui permettre d'en contrôler la mise en œuvre effective.

## **Annexe : avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2021**

Chaque année, le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) soumet à l'approbation du Parlement des tableaux relatifs au dernier exercice comptable clos : des tableaux d'équilibre, qui sont des comptes de résultats synthétiques des régimes de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) ; un tableau patrimonial, bilan d'ensemble des régimes, du FSV, de la caisse d'amortissement de la dette sociale et du fonds de réserve pour les retraites.

La Cour s'assure de la conformité des informations figurant dans ces tableaux avec les comptes des entités précitées, de la correcte élimination

des opérations réciproques entre ces entités et de la qualité de l'information communiquée au Parlement.

Sous certaines observations, relatives notamment aux conséquences des opinions qu'elle a émises sur les comptes du réseau des Urssaf et des branches de prestations du régime général de sécurité sociale, la Cour estime que les tableaux de l'exercice 2021 figurant dans le PLFSS pour 2023 fournissent une représentation cohérente des recettes, des dépenses et du solde (tableaux d'équilibre) et des actifs et passifs (tableau patrimonial) des entités comprises dans leurs champs respectifs.

# Une situation financière dégradée, un redressement à engager

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

Depuis une trentaine d'années, l'impôt a pris une place croissante dans le financement de la sécurité sociale afin de faire face à des besoins financiers croissants et de réduire le poids des cotisations sociales en fonction d'objectifs d'allègement du coût du travail peu qualifié, d'amélioration de la compétitivité des entreprises et d'augmentation du salaire net pour donner du pouvoir d'achat.

De ce fait, la part des cotisations (266,1 Md€ en 2021) dans les recettes de la sécurité sociale a chuté de 90 % à la fin des années 1980 à 60 % au début des années 2000, puis à 50 % depuis 2019. L'impôt (207,6 Md€ en 2021) procure désormais 38 % des recettes : contribution sociale généralisée (CSG), dont la part est stable depuis le début des années 2000 (20 %) ; TVA (8 %) et autres impôts et taxes affectés (Itaf, 10 %) dont les parts ont beaucoup augmenté. Les autres recettes (12 %) comprennent la contribution d'équilibre de l'État au régime des pensions des fonctionnaires, des transferts financiers et divers autres produits.

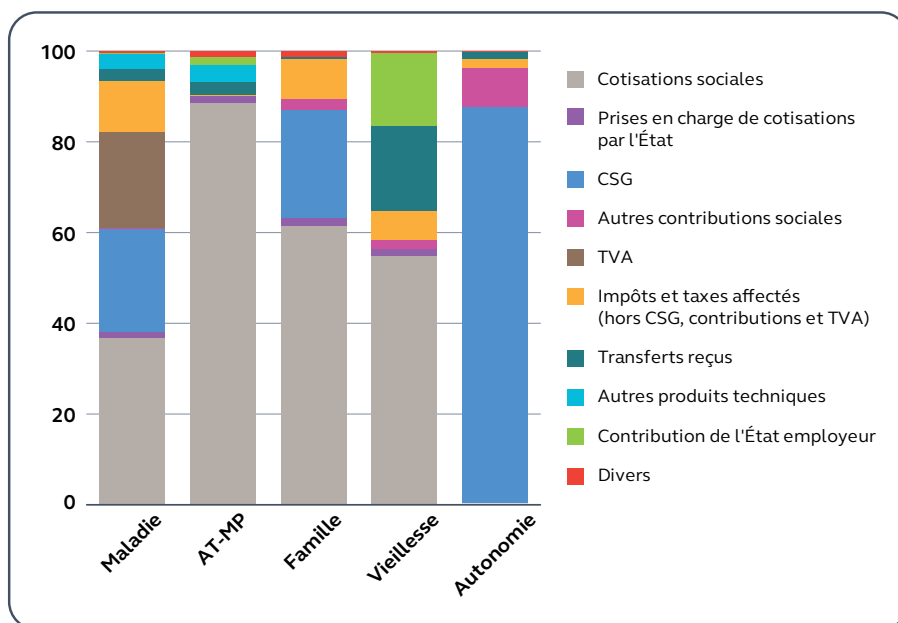
### *Une moindre cohérence entre financements et prestations*

Seules les recettes de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), de nature assurantielle et financée exclusivement par des cotisations patronales, et celles de la nouvelle branche autonomie, universelle et financée exclusivement par des impôts, sont pleinement cohérentes avec les prestations financées par ces branches.

Pour la branche famille, qui verse des prestations exclusivement non-contributives, la part des cotisations (uniquement patronales) dans les recettes apparaît élevée au regard de celle des prestations qui bénéficient indirectement aux entreprises, visant à concilier vies professionnelle et familiale (certaines composantes de la prestation d'accueil du jeune enfant notamment). À l'inverse, la part des cotisations apparaît faible pour la branche vieillesse, dont les prestations sont essentiellement contributives car liées aux revenus perçus au titre de la carrière professionnelle. Un rééquilibrage devrait ainsi être opéré entre cotisations famille et vieillesse.

# Une situation financière dégradée, un redressement à engager

Composition des produits nets des branches des régimes obligatoires de base de sécurité sociale en 2021 (en %)



\* Montants nets des charges liées au non-recouvrement.  
Source : Cour des comptes

## Des circuits de financement peu lisibles et instables

La multiplicité et les fréquentes modifications des sources de financement et des flux financiers affectent la compréhension des soldes des branches et du FSV.

Certains impôts et taxes – taxe sur les salaires et contribution sociale de solidarité des sociétés notamment – n’ont pas de lien avec les missions de la sécurité sociale et devraient être réattribués à l’État, en contrepartie d’un relèvement de la part de la TVA affectée à la sécurité sociale.

Les financements apportés par le FSV et la branche famille aux régimes de

retraite au titre de droits à prestations (périodes de chômage et d’interruption d’activité pour élever un enfant en bas âge) dépassent de loin le coût des droits en question ; ils réduisent ainsi en apparence le déficit de la branche vieillesse du régime général. Le FSV et les transferts de la branche famille aux régimes de retraite devraient être supprimés et les dépenses qu’ils ont pour objet de couvrir être financées par les régimes de retraite eux-mêmes à partir d’impôts affectés.

Chaque année, des recettes ou des dépenses sont transférées d’une branche à l’autre ou avec le FSV afin d’améliorer ou de dégrader leur solde par rapport à son évolution spontanée. Des transferts répétés de recettes

## Une situation financière dégradée, un redressement à engager

ont ainsi été opérés en faveur de la branche maladie au détriment de la branche vieillesse et du FSV, pourtant structurellement déficitaires. Depuis 2019, le Parlement est informé de l'incidence prévisionnelle de ces transferts sur les soldes des branches et du FSV, mais pas de leur incidence constatée.

*Des cotisations qui incitent insuffisamment à prévenir les risques liés à la santé*

Les modalités de calcul des taux de cotisation AT-MP n'incitent pas suffisamment les employeurs à prévenir les risques professionnels. Pour leur part, les taux de cotisation maladie ne tiennent pas compte des disparités de conditions de travail entre secteurs d'activité, pour ce qui concerne les indemnités journalières et les pensions d'invalidité. Ni les taux de cotisation maladie, ni ceux des cotisations AT-MP n'incitent à la prévention de la désinsertion professionnelle.

L'ensemble des prestations monétaires versées pour raison de santé pourraient être regroupées 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.

*Redéfinir le pilotage financier des branches de prestations en fonction de leur nature*

Afin d'assurer l'équité entre les générations, les branches contributive (retraites) et assurantielle (branche des prestations en espèces pour raison de santé dont la création est proposée) devraient être pilotées en fonction d'un objectif d'équilibre financier à moyen terme. Pour cela, elles devraient être rendues étanches en recettes et en dépenses par rapport aux branches universelles (maladie pour le remboursement de frais de santé, famille et autonomie).

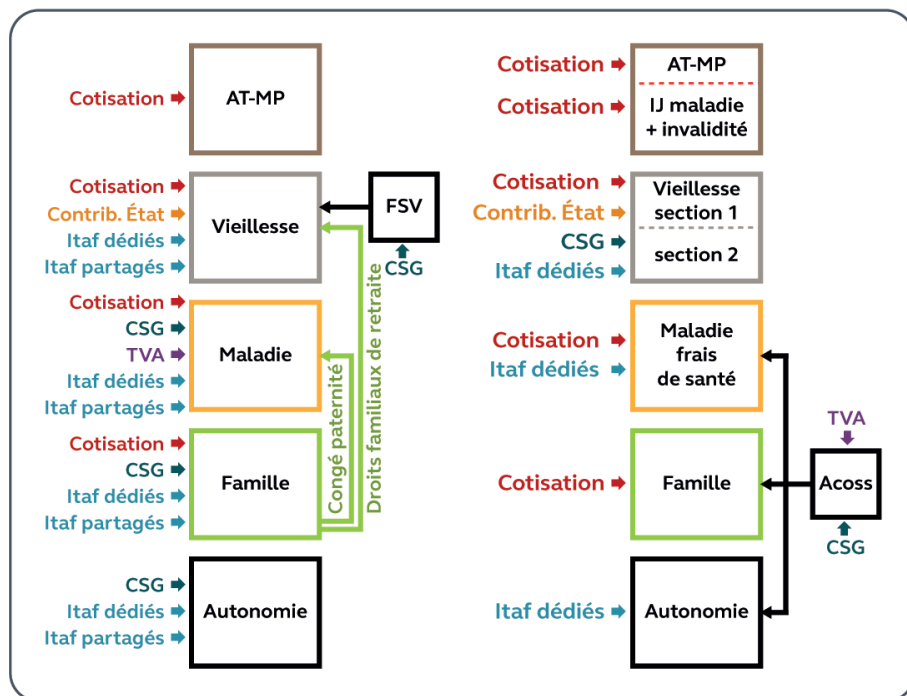
Pour leur part, les branches universelles (maladie au premier chef) devraient être plus fortement responsabilisées dans la maîtrise de leurs dépenses. Dans cet objectif, les LFSS devraient fixer les montants totaux de leurs recettes prévisionnelles respectives (cotisations et impôts affectés en lien avec leurs missions, complétés par des fractions de CSG et de TVA) de manière proportionnelle à leurs objectifs de dépenses.

\*  
\*\*

Ainsi, les sources de financement des différentes branches de la sécurité sociale devraient être clarifiées et simplifiées selon le schéma ci-après et les recommandations suivantes être mises en œuvre.

# Une situation financière dégradée, un redressement à engager

Situation actuelle simplifiée (gauche) et situation proposée (droite) des recettes des branches de la sécurité sociale



Source : Cour des comptes

## 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) ;

# Une situation financière dégradée, un redressement à engager

**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*).

## 3 - Les conventions entre les professionnels de santé de ville et l'assurance maladie : des évolutions nécessaires

### Les conventions avec les professions libérales

Les conventions entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs des professions libérales sont conclues au niveau national depuis 1971 pour des durées de cinq ans renouvelables.

Il existe 17 textes conventionnels qui 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. Des accords interprofessionnels pour l'ensemble des professions de santé s'ajoutent aux textes propres à chacune.

*Les conventions : une contribution significative aux dépassements de l'objectif « soins de ville », un rôle marginal sur la régulation*

De 2010 à 2021, hors médicament et dépenses de biologie, les dépenses

de soins de ville ont progressé en moyenne annuelle trois fois plus vite que l'inflation. Entre 2015 et 2019, plus de la moitié de l'augmentation de 15 Md€ des dépenses de prestation de soins de ville est due aux honoraires médicaux et dentaires pour 5 Md€,



## Une situation financière dégradée, un redressement à engager

aux honoraires paramédicaux pour 3 Md€ et aux dépenses de laboratoires pour 0,4 Md€. Alors que la croissance des dépenses de soins de ville a systématiquement excédé les objectifs depuis 2015, l'instrument conventionnel a été peu mis au service de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

Des clauses de revoyure ou de sauvegarde peuvent pourtant être négociées. À ce jour, elles n'ont jamais été mises en œuvre pour freiner l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

De leur côté, les ministres chargés de la santé et des affaires sociales peuvent procéder à un cadrage pluriannuel financier, en amont des négociations. Ce cadrage a été élaboré pour la période 2019-2022, mais 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 infirmiers. En aval, l'entrée en vigueur des textes conventionnels est soumise à l'approbation des mêmes ministres 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'approbation.

### *Un poids toujours prépondérant de la tarification à l'acte*

La part de la rémunération à l'acte reste en France prépondérante : entre 69 % et 98 % en 2020, selon les professions. Or, le paiement à l'acte présente des limites connues : il n'est pas propice au déploiement de la prévention et les professionnels peuvent piloter leurs revenus en redéfinissant le contenu de la prestation, à travers la durée de leur consultation, leurs horaires, ou le nombre d'actes réalisés, et alimentent ainsi le risque d'une dérive inflationniste des dépenses.

### *Une rémunération par forfait à développer*

Des rémunérations forfaitaires figurent depuis peu dans les textes conventionnels. Certaines 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 sages-femmes, aux chirurgiens-dentistes 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 « ville » de l'Ondam.

# Une situation financière dégradée, un redressement à engager

## La rémunération sur objectifs de santé publique (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 de ces 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.

*Une activité de plus en plus  
foisonnante, un ordonnancement  
à repenser*

Les questions relatives aux nomenclatures des actes des différentes professions et à leur rémunération constituent le thème historique des négociations. Ces dernières ont progressivement évolué vers des thèmes plus larges : 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 télémédecine et la coordination, et la prévention. Les conventions regroupent ainsi des stipulations

très disparates, allant des principes d'organisation du système de santé jusqu'à la transmission des feuilles de soins électroniques.

De 2015 à fin 2021, 60 textes conventionnels de toute nature ont été conclus entre l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux : trois conventions, 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. Ce processus de négociations segmenté et quasi-ininterrompu fait courir un

# Une situation financière dégradée, un redressement à engager

risque d'inflation des compensations ou des revalorisations accordées, tout en nuisant à une vision consolidée des enjeux conventionnels et de leur coût.

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, en particulier avec les médecins. Sur la soixantaine de textes conventionnels négociés au cours de la période sous revue, seulement cinq relèvent des négociations pluriprofessionnelles ou interprofessionnelles.

Une révision en profondeur de la négociation conventionnelle apparaît souhaitable pour mieux prendre en compte les priorités nationales de santé. Cela passe par la définition des thèmes des négociations, de l'organisation de leur calendrier sur les cinq ans à venir et d'une stratégie cherchant à renforcer la visibilité et la cohérence d'ensemble du processus de négociation, à travers la priorité à donner aux enjeux pluriprofessionnels et interprofessionnels qui devraient, désormais, devenir la clé de voûte de la politique conventionnelle.

## Recommandations

**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.** Renover 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*) ;

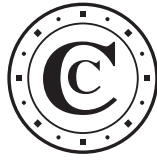
**7.** Systématiser l'élaboration des lettres ministérielles d'orientation

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 public, 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*).





## 2 Des réformes nécessaires, des enjeux à mieux prendre en compte

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, 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 la qualité du service rendu aux usagers dans le secteur médico-social (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).

### 4 - L'imagerie médicale : des évolutions en cours, des réformes indispensables

L'imagerie médicale est constituée par l'ensemble des techniques permettant d'obtenir une représentation 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.

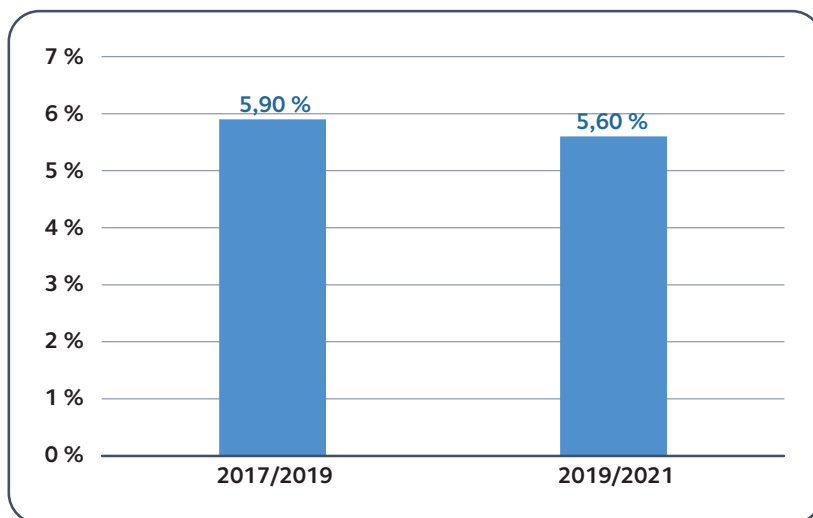
*Des dépenses de radiologie de ville en augmentation, des difficultés de fidélisation des radiologues à l'hôpital, des revenus libéraux très élevés*

Les dépenses d'assurance maladie liées à l'exercice de cette discipline ont représenté 4,5 Md€ en 2020, au titre des soins de ville. 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, devant couvrir l'ensemble des coûts générés par la prise en charge, sans que le détail relatif à l'imagerie puisse en être isolé.

Les dépenses relatives aux actes d'imagerie médicale réalisés en ville augmentent quant à elles à un rythme soutenu.

## Des réformes nécessaires, des enjeux à mieux prendre en compte

Évolution des dépenses d'imagerie médicale en ville



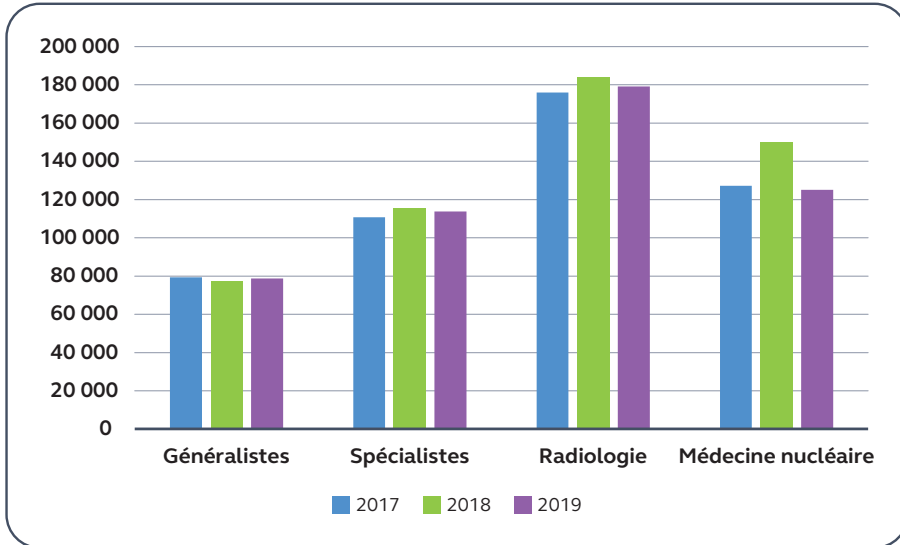
Source : Cnam

À l'hôpital, le développement de cette activité est contraint par la difficulté de plus en plus grande à retenir les radiologues : en 2021, 46 % des postes budgétaires de radiologues à plein temps étaient vacants (contre 41 % en 2015). L'absence d'obligation de gardes et d'astreintes, ainsi que des revenus atteignant presque le double

de ceux perçus à l'hôpital sont les principales raisons de l'attrait des radiologues pour un mode d'exercice libéral, qui s'avère par ailleurs être une spécialité médicale particulièrement rémunératrice au regard des revenus moyens des différentes catégories de médecins libéraux.

# Des réformes nécessaires, des enjeux à mieux prendre en compte

Médiane des revenus non-salariés déclarés par plusieurs spécialités médicales (en €)



Source : Caisse autonome de retraite des médecins de France (Carmf)

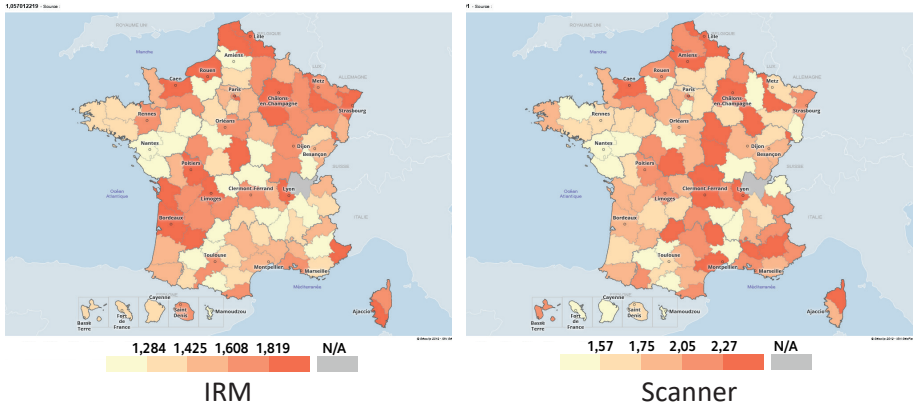
*Des inégalités d'accès aux diagnostics médicaux en raison des disparités territoriales d'installation des équipements*

Moins dense, le parc d'équipements français est moderne. Il est utilisé avec plus d'intensité qu'à l'étranger.

Toutefois, l'accès aux soins peut localement être rendu difficile en raison des disparités de la répartition des équipements d'un département à l'autre, la densité des scanners variant du simple au triple et celle des IRM du simple au quadruple.

# Des réformes nécessaires, des enjeux à mieux prendre en compte

Densité en IRM et en scanner en nombre pour 100 000 habitants (2021)



Source : Cour des Comptes à partir des données Dgcs (Arghos) et Insee (population)

Une réforme du régime d'autorisation des activités d'imagerie est intervenue en septembre 2022. Parmi les évolutions prévues, l'obtention d'une nouvelle autorisation n'est plus nécessaire pour l'installation de scanners ou d'IRM supplémentaires. Alors qu'un des objectifs poursuivis est d'accorder aux ARS plus de latitude pour organiser l'offre d'imagerie pour une meilleure réponse aux besoins, il est problématique que les agences régionales ne disposent pas d'informations précises relatives aux taux d'utilisation des machines, aux volumes d'actes par site ou aux délais d'attente. La Cour estime que les radiologues libéraux devraient fournir ces informations et être associés à la permanence des soins.

*Une pertinence des actes à assurer, des tarifs à ajuster*

Sur la période 2017 à 2019, l'augmentation du volume du nombre d'actes d'imagerie (+ 3,4 %) a contribué de manière déterminante à la croissance des dépenses de radiologie, mais depuis la crise sanitaire, aucune action de gestion du risque n'a été engagée par l'assurance maladie avec la profession pour favoriser la pertinence des actes. La production de référentiels de pratique par la Haute autorité de santé (HAS) ou les sociétés savantes apparaît prioritaire à cet effet.

La rémunération des radiologues libéraux se décompose en une tarification à l'acte et des forfaits dits techniques, destinés à couvrir les coûts



# Des réformes nécessaires, des enjeux à mieux prendre en compte

d'exploitation et de maintenance des équipements. Or, l'assurance maladie ne dispose pas des informations nécessaires au contrôle de la facturation des actes et à une détermination précise des forfaits en fonction des coûts de revient des équipements.

Il conviendrait que soit signé, entre l'assurance maladie et les syndicats

représentatifs des radiologues, un protocole d'accord pluriannuel fixant le volume et le montant des actes. En cas de dépassement de ces montants, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie devrait avoir la possibilité d'ajuster les tarifs unitaires des actes pour garantir une évolution maîtrisée des dépenses.

## Recommandations

**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.** Publier les dispositions réglementaires relatives à la réforme des autorisations d'imagerie médicale ; 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*).

# Des réformes nécessaires, des enjeux à mieux prendre en compte

## 5 - La radiothérapie : une offre dynamique à mieux réguler

La 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 Mds € en 2020, ce qui représente 8 % des dépenses de traitement du cancer et 0,7 % de la

dépense courante de santé. L'offre de soins de radiothérapie est partagée, pour l'essentiel, entre 82 services hospitaliers, publics ou non lucratifs, et 81 cabinets libéraux.

L'activité de radiothérapie nécessite des plateaux techniques équipés d'accélérateurs linéaires, produisant un faisceau de photons ou d'électrons pour traiter les tumeurs, et de matériels d'imagerie pour cibler la tumeur. L'évolution des pratiques en radiothérapie a pour but de contrôler localement la tumeur en limitant l'irradiation des tissus sains.

### Une activité de haute intensité technologique, des soins spécialisés

Les progrès continuels réalisés sur les accélérateurs et sur les équipements techniques associés (imagerie, informatique de pilotage et d'analyse, dosimétrie, sécurité, etc.) conduisent de nombreux centres de radiothérapie 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.

L'activité de radiothérapie fait appel à des compétences spécialisées : en 2020, on dénombre 979 oncologues-radiothérapeutes, 766 médecins médicaux et environ 3 300 manipulateurs en électroradiologie médicale.

Depuis les accidents de sur-irradiation survenus en 2006 à Épinal et en 2007 à Toulouse, qui ont affecté près d'un demi-millier de personnes, les soins en radiothérapie sont soumis à des procédures renforcées de qualité et de sécurité. Un audit clinique des pratiques par les pairs devrait être prochainement rendu obligatoire à l'ensemble des centres de radiothérapie. En revanche, la HAS n'évalue pas l'activité des cabinets libéraux.

### *Des règles de tarification distinctes et inadaptées*

Les services hospitaliers facturent à l'assurance maladie leur activité à la séance, selon des tarifs associés à des groupements homogènes de séjours (GHS). Ils ne sont pas incités à retenir les technologies les plus récentes qui permettent la réduction du nombre des séances d'irradiation. S'agissant du secteur libéral, la nomenclature est obsolète et ne permet pas de connaître les actes effectivement pratiqués.

# Des réformes nécessaires, des enjeux à mieux prendre en compte

Les tarifs hospitaliers sont supérieurs de 75 % à ceux qui permettraient de couvrir les coûts de l'activité. Ils sont aussi supérieurs aux tarifs appliqués aux actes de radiothérapeutes libéraux, qui sont fixés par la classification commune des actes médicaux (CCAM) et n'ont pas été revalorisés. Pourtant, les soins facturés par patient par les cabinets libéraux, inférieurs à ceux du secteur hospitalier en 2015, leur étaient supérieurs de 17 % en 2020. Les imprécisions de la CCAM apparaissent, en pratique, utilisées par le secteur libéral à travers des méthodes de facturation discutables, qui conduisent à une valorisation des actes au moins équivalente à celle des actes réalisés en établissements de santé.

*Une offre mal répartie dans les territoires, des pratiques mal connues et les procédures d'évaluation de l'innovation inadaptées*

On constate d'importantes disparités territoriales, la densité de spécialistes ou d'équipements variant de un à six, selon

les départements. Les ARS ne sont cependant pas en mesure d'évaluer finement les besoins du territoire et la qualité du parcours patient. Elles ne disposent ni de données d'activité consolidées, comparables entre les deux secteurs hospitalier ou libéral, ni de celles relatives aux transports sanitaires induits par l'activité de radiothérapie, ni d'indicateurs de qualité, ni de référentiels médicaux leur permettant d'évaluer l'offre de soins au regard de la pertinence des actes et des techniques.

Les professionnels ont des difficultés à recourir aux procédures traditionnelles d'évaluation des techniques innovantes : ils tendent à faire bénéficier tous les patients concernés des sauts technologiques plutôt que de continuer à utiliser, dans le cadre d'essais cliniques, les techniques, antérieures, pour des patients qui composeraient un groupe témoin. Les soins pratiqués ne font pas non plus l'objet d'une traçabilité dans des registres épidémiologiques.

## Recommandations

**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, appliquer le régime juridique des établissements de santé aux cabinets libéraux exerçant la radiothérapie, 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*) ;

# Des réformes nécessaires, des enjeux à mieux prendre en compte

**17.** Mettre en œuvre la réforme de la tarification au plus tard le 1<sup>er</sup> 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*).

## 6 - Les enjeux de la maîtrise des risques professionnels dans les établissements et services pour personnes âgées et personnes en situation de handicap

En France, le secteur médico-social public et privé accompagne et soigne près de 1,1 million personnes, âgées ou handicapées, en établissement ou à domicile. Ce secteur employait en 2020 plus de 730 000 salariés dans des structures publiques ou privées.

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. Ses salariés sont, pour l'essentiel, composés de personnels paramédicaux (infirmiers, aides-soignants, psychomotriciens, ergothérapeutes) ou socio-éducatifs (éducateurs, aides médico-psychologiques, moniteurs).

# Des réformes nécessaires, des enjeux à mieux prendre en compte

## Une connaissance fragmentaire des risques des ESMS publics

Les établissements et services médico-sociaux (ESMS) publics, qui sont leur propre assureur en matière de couverture du risque professionnel, ne sont pas tenus aujourd'hui de déclarer les accidents à la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), qui verse les pensions d'invalidité aux agents concernés : seuls 24 % des employeurs de la fonction publique hospitalière (FPH) et 48 % des employeurs de la fonction publique territoriale (FPT) déclarent aujourd'hui les accidents et les maladies d'origine professionnelle. La Cnam recueille quant à elle les données de sinistralité concernant les agents qu'elle couvre pour le

risque professionnel : l'ensemble des salariés des ESMS privés, les agents contractuels de droit public, ainsi que les fonctionnaires à temps non complet, dont la durée de travail hebdomadaire est inférieure à 28 heures, employés dans les ESMS publics.

En dépit des insuffisances qui affectent les données, la Cour s'est efforcée d'assembler et de retraiter les différentes sources mobilisables (Cnam, CNRACL et les données relatives à l'absentéisme recueillies par l'Agence nationale d'appui à la performance, Anap) pour analyser l'ampleur des risques professionnels dans les ESMS.

*Une sinistralité hors norme, en augmentation, concentrée dans certaines catégories d'ESMS, notamment dans le secteur privé lucratif*

Le secteur médico-social se caractérise par un nombre de journées de travail perdues 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 2019, en augmentation de 41 % par rapport à 2016 et correspond à 17 000 postes équivalents temps plein par an. C'est dans les structures du secteur privé commercial pour personnes âgées que le nombre de jours d'absence et la progression de 2016 à 2019 sont les plus élevés : 9,9 jours d'absence par ETP avec une évolution de + 46 %.

# Des réformes nécessaires, des enjeux à mieux prendre en compte

## Nombre de jours d'absence AT-MP rapporté aux équivalents temps plein employés au sein des ESMS

Public accueilli	Statut juridique	2016	2017	2018	2019	Évolution 2016-2017
Gérontologie	Organisme Privé à But non Lucratif	7,5	7,9	8,2	8,6	14 %
	Organisme Privé à Caractère Commercial	6,8	8,8	7,9	9,9	46 %
	Public	5,2	5,4	5,8	6,5	25 %
Handi cap	Organisme Privé à But non Lucratif	3,2	3,4	3,6	3,8	19 %
	Organisme Privé à Caractère Commercial	4,4	3,7	3,1	6,9	58 %
	Public	3,7	3,7	4,2	5,0	34 %

Source : Cour des comptes, données Anap

La sinistralité moyenne des Ehpad, des maisons d'accueil spécialisé (MAS), des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) est trois fois supérieure à celle des autres ESMS. Elle frappe particulièrement les aides-soignants.

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

La Cour a établi, pour les Ehpad, un lien statistique clair entre d'une part

la fréquence des accidents de travail et des maladies professionnelles et d'autre part le taux d'encadrement, qui rapporte le nombre de soignants à celui des personnes prises en charge. Ce constat rejoint celui qu'elle a formulé récemment sur le manque persistant de personnels qualifiés, situation qui met donc en cause la qualité de la prise en charge des résidents et la santé des agents.

### Une relation statistique marquée entre le taux d'encadrement et le taux d'absentéisme pour AT-MP dans les Ehpad

Pour l'ensemble des Ehpad, le taux moyen d'encadrement est de 0,6564 salarié pour 1 résident. Le modèle conçu par la Cour montre

que, si ce taux était porté, à titre conventionnel, à 1 ETP pour 1 résident, le taux d'absentéisme pour AT-MP serait réduit de 33,2 %.

La Cour a également constaté qu'un établissement intégré avec d'autres dans un regroupement public ou privé d'ESMS connaît une moindre

fréquence d'accidents du travail et maladies professionnelles et rencontre moins de difficultés pour recruter.

# Des réformes nécessaires, des enjeux à mieux prendre en compte

Cette situation appelle l'engagement d'un ensemble d'actions mobilisant les différentes parties prenantes. La prévention des risques professionnels doit ainsi être suivie par les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus par les ESMS employeurs, lesquels doivent

être encouragés à se regrouper. La branche AT-MP doit mettre en place une tarification tenant compte de la sinistralité de chaque ESMS, dont elle couvre tout ou partie du risque professionnel, à travers les taux de cotisation qu'elle lui notifie.

## Recommandations

**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*) ;

**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*).

### 7 - Les droits familiaux de retraite : des dispositifs à simplifier et à harmoniser

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. Ces droits bénéficient à environ neuf millions de retraités, pour un montant de

20 Md€. Ils consistent à attribuer des trimestres de retraite, ou bien à prendre en charge des cotisations pour les périodes d'inactivité liées à l'éducation des enfants, ou encore à majorer directement la pension de retraite servie.

La Cour s'est interrogée sur la pertinence des trois principaux dispositifs : les majorations de durée

## Des réformes nécessaires, des enjeux à mieux prendre en compte

d'assurance pour enfant (MDA), les majorations de pensions pour parents d'au moins trois enfants (MPE) et l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF). La masse des pensions de droit direct liées à ces trois droits devrait augmenter en euros constants au moins jusqu'en 2040, pour atteindre

36 Md€, passant de 6,7 % de la masse des pensions de droit direct en 2016 à près de 10 % en 2040.

### *Des règles complexes et variables*

Les MDA sont des attributions de trimestres, dont les règles varient selon les régimes.

### Trimestres de retraite au titre des majorations de durée d'assurance et de congés liés aux enfants

Régimes	Majoration de durée d'assurance		Congés liés aux enfants donnant droit à des trimestres de retraite
	Pour maternité	Pour éducation	
Régime général	Quatre trimestres par enfant né à partir de 2010, huit trimestres sinon	Quatre trimestres partageables entre les parents par enfant né à partir de 2010	Un trimestre pour 90 jours indemnisés pour congé de maternité ou d'adoption Durée du congé parental, limitée à trois ans <sup>(2)</sup>
Fonctions publiques	Deux trimestres par enfant né à partir de 2004 <sup>(1)</sup> , quatre trimestres sinon		Durée du congé de maternité ou d'adoption Durée des congés de droit pour élever un enfant né à partir de 2004, limitée à trois ans <sup>(2)</sup>

Notes : (1) accordés aux mères et aux pères moyennant une interruption de deux mois ; (2) non cumulable avec les MDA pour maternité et éducation.

Source : Cour des comptes.

Les trimestres de MDA sont calculés à la liquidation de la pension par l'un des régimes de base auquel l'assuré a été affilié, selon ses propres règles. Ce régime est déterminé selon des règles de priorité, le régime des fonctionnaires primant sur le régime général. De ce fait, une mère, dont les enfants sont nés lorsqu'elle était salariée du secteur privé et qui finit sa carrière comme fonctionnaire, relèvera du dispositif de MDA du régime de la fonction publique, moins favorables que celui du 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 d'assurance minimale.

Pour les parents de familles nombreuses, la MPE s'élève à 10 % dans la majorité des régimes quel que soit le nombre d'enfants, 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. En revanche, les conditions d'ouverture



# Des réformes nécessaires, des enjeux à mieux prendre en compte

pour les régimes de fonctionnaires sont plus strictes (le plus jeune enfant doit avoir atteint 16 ans).

Par ailleurs, en l'absence de liste des pièces justificatives à fournir, l'assuré,

quel que soit son régime, doit apporter tout élément attestant qu'il a participé à l'éducation de l'enfant pendant neuf ans, ce qui complique la gestion de la prestation.

## 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, au titre de périodes pendant lesquelles il a élevé des enfants ou s'est occupé d'un proche handicapé ou malade, des cotisations prises en charge par la branche famille et calculées sur la base du Smic étant versées à son compte retraite. L'affiliation à l'AVPF est cependant

soumise à trois séries de conditions cumulatives complexes : percevoir certaines prestations familiales, interrompre au moins en partie son activité professionnelle et avoir des ressources inférieures à un seuil spécifique. L'AVPF bénéficie en particulier à des femmes ayant de faibles ressources et ayant peu travaillé.

En principe, l'AVPF et les trimestres attribués au titre des congés parentaux ne peuvent être cumulés. Mais cette limitation n'est pas appliquée.

Enfin, la gestion de ces droits est complexe : les régimes de retraite sont mal informés des données relatives aux enfants durant la carrière professionnelle des parents et doivent donc solliciter leurs assurés au moment de la liquidation des droits.

### *Des effets variables et évolutifs*

Pour les femmes nouvellement retraitées du régime général, les attributions de trimestres représentent en 2020 16 % des trimestres effectivement retenus pour le calcul de la durée d'assurance tous régimes. Mais ces attributions peuvent s'avérer

inutiles à ce calcul, par exemple pour des mères qui partent à la retraite à l'âge de 62 ans en ayant déjà validé dans le régime général une durée d'assurance au moins égale à celle requise pour le taux plein au titre de leur activité.

Du fait de l'augmentation de l'activité professionnelle des femmes, l'écart de durée d'assurance entre les hommes et les femmes tend à se réduire. Les nouvelles retraitées en 2019 du régime général bénéficiaires de la MDA ont validé en moyenne 17,8 trimestres à ce titre, soit près de quatre années et demi, alors que, en moyenne, avant attribution de trimestres de MDA, les femmes nées en 1970 n'avaient validé à l'âge de 40 ans que deux trimestres de moins que les hommes de la même génération.

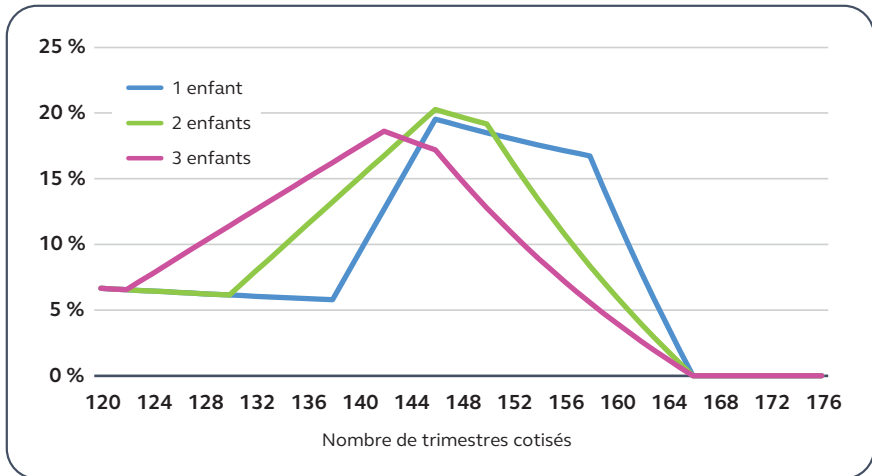
# Des réformes nécessaires, des enjeux à mieux prendre en compte

## Les effets complexes de la MDA sur le montant de la pension

Le gain de pension au régime général lié à la MDA pour un seul enfant est nul dans l'hypothèse d'une carrière complète (au moins 166 trimestres cotisés, soit la durée requise pour le taux plein). Il équivaut à 5 % environ du montant de la pension

pour une carrière courte (au plus 138 trimestres) et à plus de 15 % pour une carrière intermédiaire. En outre, le gain par enfant croît pour des carrières courtes et diminue pour des carrières plus longues.

### Gain de pension au régime général lié à la MDA par enfant, en fonction du nombre d'enfants et de la durée cotisée (\*)



Source : Cour des comptes. (\*) : pour une mère née en 1957 et partant à la retraite à 62 ans.

En 2019, les nouvelles retraitées du régime général bénéficiaires de l'AVPF se sont vu attribuer en moyennes 31,9 trimestres, dont 21,8 « utiles » après prise en compte des autres trimestres, soit près de cinq ans et demi. Pour un quart de ces nouvelles pensionnées, l'AVPF permet de doubler le montant de la pension. Une mère de

trois enfants, dont les naissances sont espacées de trois ans et sans aucune activité professionnelle, peut ainsi valider 84 trimestres de retraite, soit l'équivalent d'une moitié de carrière complète.

Globalement, sous l'effet de l'allongement des périodes d'activité

## Des réformes nécessaires, des enjeux à mieux prendre en compte

professionnelle des femmes et des attributions de trimestres, la durée d'assurance tous régimes des femmes nouvellement retraitées du régime général en 2020 excédait celle des hommes de deux trimestres. Selon les projections de la Cnav, ce dépassement conduirait les femmes à partir à la retraite plus tôt que les hommes, pour les générations nées à partir de 1978.

*Des effets variables selon les générations, une inadaptation croissante des dispositifs*

Pour les générations nées en 1946 et 1950, la pension des mères de trois enfants ou plus (987 €) est inférieure de près de 25 % à celle des autres femmes (1 287 €). Cela souligne que, pour ces générations, les droits familiaux de retraite ne parviennent pas à compenser les pertes de salaires, liées pour les femmes aux interruptions de leur activité professionnelle suite aux naissances : selon une étude de l'Insee, les femmes salariées du secteur privé 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.

Mais, pour une génération plus jeune, celle née en 1966, à l'âge de 39 ans, les durées d'assurance tous régimes, y compris les trimestres acquis au titre de l'AVPF, seraient les mêmes pour les mères quel que soit le nombre d'enfants, hors prise en compte

des MDA, et supérieures à celle des femmes sans enfant. L'AVPF seule permet donc de réduire fortement l'écart de montants de pension (hors MPE) selon le nombre d'enfants.

✱✱

Au total, 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 les trimestres de retraite perdus en raison des interruptions ou réduction d'activité pour s'occuper des enfants et compensent peu, à la retraite, les pertes de salaire associées.

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. Si, *a minima*, des ajustements techniques apparaissent nécessaires, auxquels répondent les recommandations formulées par la Cour, une réforme d'ensemble mériterait aussi d'être envisagée. Sans dépenses supplémentaires, elle viserait principalement à compenser, de manière plus ajustée (i.e. moins d'attribution 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 réformes nécessaires, des enjeux à mieux prendre en compte

## Recommandations

**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 (*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*) ;

**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*).



## 3 Des mesures récentes au bilan contrasté

Les trois chapitres de cette troisième partie du rapport évaluent la mise en œuvre de mesures décidées récemment dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale.

Le bilan 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).

### 8 - La prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) : des objectifs inégalement atteints, une cohérence à restaurer

Créée en 2004 et regroupant plusieurs prestations existantes sous un même intitulé, la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) se compose d'aides monétaires 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 total de 10,8 Md€.

#### 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. Seules les trois premières sont soumises à condition de ressources.

La prime à la naissance (1 008,99 €) est versée au cours du septième mois de grossesse. La prime à l'adoption, d'un montant double, est destinée aux familles qui adoptent un enfant âgé de moins de vingt 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 versée pendant les trente-six premiers mois de l'enfant pour contribuer aux dépenses liées à son entretien, au taux plein (182,91 €) ou au taux partiel (91,46 €) selon les ressources du foyer. Elle bénéficiait, en 2020, 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

## Des mesures récentes au bilan contrasté

partie, pour environ 874 000 familles et un coût de 6,4 Md€ en 2021, les dépenses liées à la garde d'un enfant par une assistante maternelle, 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.

La prestation partagée d'éducation de l'enfant (Prépare) est versée aux parents (228 000 en 2021) qui

interrompent ou réduisent leur activité professionnelle pour s'occuper d'un enfant de moins de trois ans, pour un coût de 0,8 Md€. La Prépare s'est substituée au complément de libre choix d'activité (CLCA) en 2015, en modifiant les durées de perception de la prestation. 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 %.

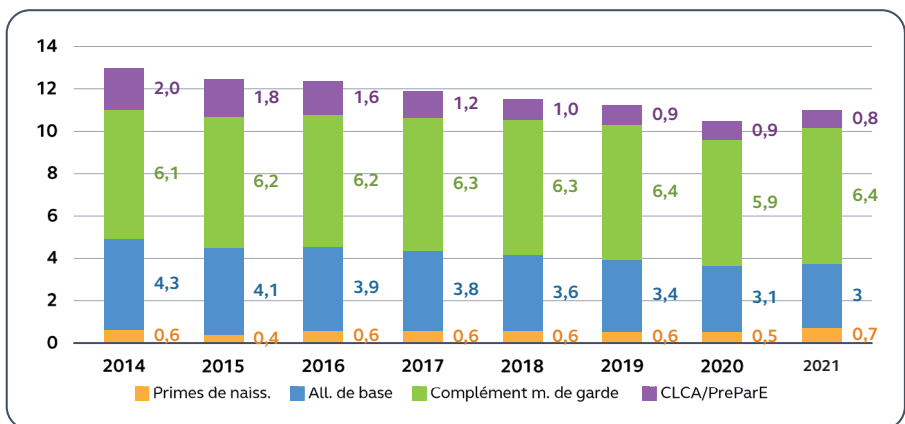
### Une baisse continue des montants versés

Les montants versés au titre de la Paje se sont sensiblement réduits, passant de 13,1 Mds€ en 2014 à 10,8 Md€ en 2021.

La baisse du nombre des naissances (passé de 819 000 en 2014 à 742 500 en

2021, soit -9,3 %) ne compte que pour un tiers environ dans cette évolution. Cette dernière résulte surtout, pour près des deux tiers, d'une succession de réformes qui ont limité les conditions d'octroi de plusieurs des composantes de la Paje et modifié les comportements d'utilisation de la prestation.

Évolution de la dépense Paje (2014-2021, Md€)



Sources : Cnaf et CCSS ; champ : France entière, tous régimes, en droits constatés.

La Cour a procédé à une analyse approfondie de deux des dispositifs

composant la Paje : la Prépare et le CMG.

## Des mesures récentes au bilan contrasté

### *La Prépare, un dispositif à réformer*

Elle gagnerait à être versée moins longtemps – uniquement durant la première année de l'enfant – et

revalorisée. La question du maintien d'une option longue et moins bien indemnisée, que pourraient souhaiter certains parents, se poserait dans un tel schéma.

### **La Prépare : une réforme en échec**

Le nombre des allocataires de la Prépare et la dépense correspondante ont été divisés par deux entre 2014 et 2020.

À sa création, l'objectif était d'inciter 25 % des pères éligibles à recourir à la Prépare pour contribuer à réduire le temps durant lequel les mères s'éloignaient du marché du travail pour garder leur enfant. Mais moins de 1 % des pères y recourent, leur nombre ayant de surcroît baissé de 19 000, en 2014, à 15 000 en 2020.

Par ailleurs, quoique déjà réduite de 36 mois à 24 mois pour un parent, la durée de versement de la prestation s'avère trop longue par rapport au souhait des familles : mesuré en 2019, le souhait d'une garde par l'un des parents reste fort pendant les six mois premiers mois de l'enfant (87 %), mais il baisse lorsque l'enfant a entre six et douze mois (46 %), puis entre un et trois ans (25 % en 2019).

### *Le CMG, des ajustements nécessaires*

Les familles les plus modestes recourent moins que les autres à l'ensemble des modes de garde

externe. Les biais créés par les barèmes du CMG contribuent à cette situation. Des réajustements apparaissent indispensables.

### **Des biais au détriment des familles modestes**

Le complément de libre choix de mode garde a pour objectif de réduire le coût pour les familles de la garde des enfants. Cependant, ses paramètres (plafonds et répartition des familles selon trois tranches de revenus) créent des effets de seuil.

Pour les modes de garde ouvrant droit au CMG, les taux d'effort des familles décroissent à mesure que les revenus augmentent, à l'inverse de ce qui s'observe pour les crèches

financées par la prestation de service unique (PSU) de l'action sociale de la branche famille. 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.

Les restes à charge varient selon les modes de garde, avec des biais

## Des mesures récentes au bilan contrasté

selon les ressources des familles, les ménages modestes peuvent être conduits à compléter ou à remplacer une garde externe de courte durée par une solution familiale, ou à recourir exclusivement aux crèches financées par la PSU.

Enfin, les règles du CMG s'avèrent inadaptées aux besoins de parents

séparés ou souhaitant des gardes ponctuelles et il faudrait éviter aux parents de faire l'avance intégrale du paiement des gardes, en leur permettant de ne verser que le reste à charge après CMG. Enfin, la Cour a relevé que la prestation ne faisait pas l'objet de contrôles permettant de prévenir suffisamment les erreurs et les fraudes.

Il est souhaitable que l'ensemble de ces évolutions portant sur la Prépare et le CMG soient conçues de manière cohérente et concomitante, pour une

meilleure efficacité et avec l'impératif que la branche famille supporte des coûts supplémentaires.

## Recommandations

**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).



# Des mesures récentes au bilan contrasté

## 9 - Les prestations sociales versées en fonction des ressources de leurs bénéficiaires : simplifier pour mieux gérer

Plus de 100 Md€ de prestations sociales versées chaque année sont calculées en fonction du niveau des ressources des foyers de leurs bénéficiaires.

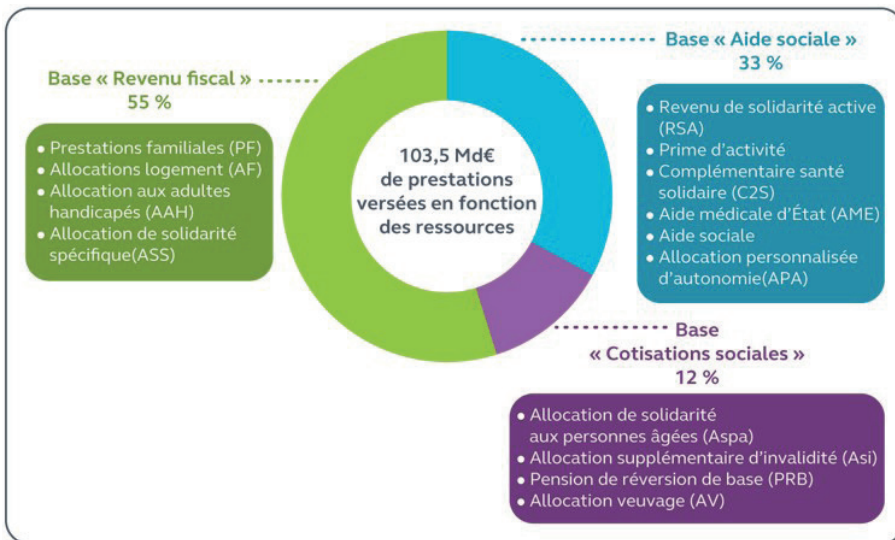
### Des règles complexes

La composition des assiettes de ressources prises en compte pour calculer les prestations, les périodes de référence pour les apprécier et la

fréquence à laquelle les prestations sont révisées en fonction de l'évolution des ressources diffèrent selon les prestations.

Il existe trois grands types d'assiettes de ressources : les revenus déclarés à l'administration fiscale, l'ensemble des ressources et du patrimoine dans une logique d'aide sociale ou bien les revenus tirés de l'activité professionnelle. Les règles de calcul des prestations rattachables à l'une ou l'autre de ces bases-ressources sont elles-mêmes hétérogènes.

Trois types de base-ressources des prestations sociales calculées en fonction des ressources



Source : Cour des comptes

La période de référence des ressources varie également (année civile N-2, douze mois glissants ou un nombre variable de mois). La fréquence à laquelle les prestations sont révisées afin

de prendre en compte l'évolution des ressources (annuelle ou trimestrielle) coïncide avec ou diffère de la période de référence.

## Des mesures récentes au bilan contrasté

### *Des prestations lourdes à gérer et souvent erronées*

La complexité des règles de calcul des prestations induit une charge de travail importante pour les organismes sociaux et favorise des erreurs dans

les déclarations des bénéficiaires de prestations, fortuites ou volontaires (fraudes). Face à ces erreurs, les contrôles mis en œuvre par les CAF pour fiabiliser les données déclarées ont des résultats insuffisants.

#### **Les erreurs de versement à caractère définitif des CAF**

Selon l'estimation de la Cnaf, la somme des indus et accessoires non rappelés définitivement non détectés par les contrôles mis en œuvre par les CAF sur les données déclarées par les allocataires a atteint 7,1 % du montant total des prestations légales versées par

les CAF en 2020, soit 5,3 Md€. Ce montant a presque doublé depuis 2017 (il atteignait alors 2,9 Md€). Près d'un euro sur six de RSA et près d'un euro sur cinq de prime d'activité sont versés à tort à titre définitif. D'autres erreurs ont une origine interne aux CAF.

### *Des potentialités importantes du dispositif de ressources mensuelles*

Le dispositif ressources mensuelles (DRM) mis en place en 2019 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. La base des déclarations sociales nominatives (DSN) est alimentée par les déclarations mensuelles de salaires effectuées par les employeurs de salariés. 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...) et de certains dispositifs salariaux (chèque emploi service universel, prestation d'accueil du jeune enfant).

Le DRM pourrait ainsi apporter une contribution majeure à la gestion des prestations sociales, en améliorant le paiement à bon droit des prestations par la fiabilisation a priori d'une grande

partie des données de ressources, en allégeant les obligations déclaratives de leurs bénéficiaires et en réduisant les tâches de gestion des organismes sociaux.

## Des mesures récentes au bilan contrasté

### *Des enseignements à tirer de l'utilisation du DRM pour le calcul des APL*

Depuis janvier 2021, les données du DRM sont utilisées à grande échelle dans le cadre de la réforme des aides personnelles au logement : les prestations du mois M sont calculées à partir des ressources des douze mois précédents le mois M-1, et non plus à partir des revenus fiscaux de l'année N-2 ; elles sont révisées tous les trois mois, et non plus une fois par an.

En utilisant les données du DRM, les CAF révisent chaque trimestre les prestations, sans avoir à demander et à traiter, pour la plupart des allocataires, une déclaration trimestrielle de ressources (contrairement au RSA et à la prime d'activité).

Toutefois, les données de revenus les plus récents fournies par le DRM ne sont pas toujours exactes ou définitives, entraînant des corrections fréquentes des montants versés, qui s'ajoutent aux révisions trimestrielles. En outre, les CAF ont commis des erreurs de calcul des APL en raison d'interprétations erronées des données du DRM.

### *Payer à bon droit les prestations et simplifier la réglementation*

Dans les autres chantiers d'utilisation des données du DRM, à structurer plus efficacement, priorité doit être donnée

au paiement à bon droit des prestations. Dans cet objectif, les déclarations de ressources des allocataires du RSA et de la prime d'activité devraient être maintenues, tout en étant préremplies des montants de salaires et de prestations fournis par le DRM, à charge pour les allocataires de les confirmer ou d'en demander la correction. De plus, les données du DRM devraient être utilisées pour contrôler *a posteriori* les prestations, même celles liquidées avec d'autres données (indemnités journalières).

En complément, l'information relative à la modification de la composition du foyer reçue par un organisme devrait être portée à la connaissance de l'ensemble d'entre eux.

En tout état de cause, le DRM ne peut remédier à lui seul aux difficultés de gestion suscitées par une réglementation trop complexe. Une réforme visant à faire converger les natures de ressources prises en compte, les périodes de référence retenues pour les apprécier et les périodicités de leur révision apparaît indispensable. Il convient en tout premier lieu d'homogénéiser la définition des salaires pris en compte au titre des ressources, avec plusieurs options envisageables (le salaire net avant impôt, un salaire spécifiquement destiné au calcul des prestations à faire figurer sur le bulletin de paie ou le salaire brut minoré des prélèvements sociaux).

## Recommandations

**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*) ;

**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*).

### 10 - La protection sociale des travailleurs indépendants à la suite de la suppression du RSI : des objectifs globalement atteints, de nouvelles évolutions à considérer

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a supprimé le régime social des indépendants (RSI) et confié au régime général la gestion de la protection sociale de ses ressortissants.

#### *Une réorganisation de grande ampleur*

La réforme n'a pas modifié les droits, ni les prélèvements sociaux des indépendants qui relevaient du RSI : artisans et commerçants et libéraux non réglementés pour les remboursements de frais de santé.

Grâce à la réunion de prérequis politiques, sociaux et techniques, elle s'est déroulée sans heurt notable.

Une gouvernance particulière, le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI),

a été instituée, en lieu et place des anciens conseils d'administrations des caisses du RSI. Le CPSTI a pris en charge la gestion des deux régimes de retraite complémentaire et d'invalidité-décès, dont les réserves financières sont étanches par rapport à la trésorerie du régime général, et l'action sociale de soutien aux travailleurs indépendants en difficulté.

Les contrats de travail des salariés du RSI et des organismes qu'il conventionnait pour le remboursement des frais de santé ont été transférés de plein droit aux organismes du régime général, en conservant les anciennetés acquises et d'autres avantages. Il n'a été procédé à aucun licenciement ou mobilité forcée. Les souhaits d'affectation des agents ont généralement été suivis.

La réforme a été préparée et mise en œuvre de façon méthodique et a pris définitivement effet au 1<sup>er</sup> janvier 2020, à l'issue de deux années de transition (2018 et 2019).

# Des mesures récentes au bilan contrasté

## Missions et moyens transférés du-RSI au régime général

### Missions

- 3,8 millions de cotisants, 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 prestations maladie (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)

- 18,4 Md€ de réserves financières gérées pour le compte du CPSTI (2020)

### Moyens

- 6 536 salariés en CDI
- 54 immeubles de bureaux (35 en propriété et 19 en location), soit 137 000 m<sup>2</sup>
- 292 applications informatiques

### Des progrès réalisés

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 (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).

La réforme a amélioré l'accessibilité physique de la sécurité sociale. En 2017, les assurés du RSI pouvaient être accueillis dans 965 sites. Les accès des branches du régime général sont au nombre de 1 668. En septembre 2021, des accueils communs étaient déployés sur 37 sites contre 28 en 2017.

Un nombre croissant de travailleurs indépendants bénéficie de services numériques : en septembre 2021, 3,3 millions d'indépendants avaient un compte « Ameli » à l'assurance maladie, contre 1,3 million au RSI fin 2017.

La réforme pourrait engendrer une économie nette de frais de gestion de l'ordre de 75 à 80 M€ sur la période 2018-2022 et une économie annuelle nette de 50 à 100 M€ à partir de 2023 (au regard d'un budget de gestion administrative du RSI de 802 M€ pour 2017). Le montant définitif de l'économie dépend des dépenses liées au maintien ou au remplacement des applications informatiques du RSI après 2022.

### Des points de vigilance

Les branches du régime général devraient déployer des relations de service plus personnalisées pour les travailleurs indépendants. Toutefois, elles ne peuvent mettre en œuvre des actions communes, en l'absence de passerelles entre leurs outils informatiques de gestion de la relation client ou, *a minima*, de circuits de signalement outillés.

Le service rendu à la famille d'un travailleur indépendant décédé,

## Des mesures récentes au bilan contrasté

par le paiement de capitaux-décès 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'une moindre information apportée aux bénéficiaires potentiels de cette prestation.

Les aides d'action sociale relèvent désormais de trois branches distinctes (recouvrement, vieillesse et maladie), au lieu d'un seul interlocuteur. Elles devraient être mieux adaptées aux besoins effectifs de leurs publics et être mieux portées à la connaissance de ces derniers.

Le CPSTI, qui délègue aux branches du régime général la gestion des opérations dont il assume la responsabilité juridique et financière, ne dispose pas dans tous les cas les informations nécessaires à cet effet.

### *L'enjeu majeur du recouvrement et du niveau des prélèvements sociaux*

De manière conjoncturelle, la crise sanitaire a interrompu la trajectoire entamée en 2011 d'amélioration du recouvrement des prélèvements sociaux des indépendants. Les différentes formes de différés de paiement, mises en œuvre pendant la crise sanitaire, ont généré des dettes considérables de prélèvements à régler par les indépendants : leur montant total a bondi de 11,6 Md€ fin 2019 à 16,3 Md€ fin 2020, puis à 20,5 Md€ fin 2021. Leur résorption progressive est engagée.

Des enjeux structurels portent sur la réduction des écarts de couverture

sociale et d'effort contributif par rapport aux salariés. La couverture des risques professionnels des indépendants reste facultative (rentes) ou en partie confondue avec celle du risque maladie (frais de santé, indemnités journalières). Pour le financement de droits sociaux identiques à ceux des salariés (frais de santé, retraites de base, prestations familiales, dépendance), les indépendants acquittent des cotisations et contributions sociales globalement plus élevées quand ils ont de faibles revenus d'activité, mais plus faibles quand leurs revenus d'activité sont élevés.

Enfin, les actions visant à lutter contre la fraude aux prélèvements sociaux des indépendants devraient être renforcées et les mécanismes permettant aux dirigeants de certaines sociétés et à certains gérants de SARL d'optimiser leurs prélèvements sociaux être encadrés.

### *D'autres chantiers d'organisation à envisager*

La réussite globale du transfert des missions du RSI au régime général conduit à envisager, dans un objectif d'efficience de la gestion de leur protection sociale, le transfert du recouvrement des cotisations de retraite des professionnels libéraux réglementés et de la gestion de l'ensemble des risques de sécurité sociale des exploitants et salariés du régime agricole, moyennant la conduite de réorganisations des caisses en charge du versement des prestations.

## Des mesures récentes au bilan contrasté

### L'évolution nécessaire de la sécurité sociale pour les professions agricoles

L'organisation de la Mutualité sociale agricole ou 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 comme retraités. Or, l'ensemble des prestations et prélèvements du régime agricole des salariés et les remboursements de frais de santé aux exploitants sont identiques à ceux du régime général. En outre, le régime agricole des salariés participe avec le régime général au dispositif de liquidation

unique des retraites de base (Lura) et le régime général prend en charge ses déficits ou ses éventuels excédents.

L'intégration réussie du RSI au régime général est une source d'inspiration possible pour l'évolution de la MSA. La nouvelle organisation qui pourrait être déployée existe d'ailleurs sur une partie du territoire : dans les DOM, il n'existe pas de régime agricole des salariés ; il existe un régime des non-salariés, mais les caisses du régime général recouvrent les prélèvements et versent les prestations de ce régime pour le compte de la MSA.

## Recommandations

**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*) ;

**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*, *Cnav, Cnam*) ;

**38.** Clarifier les relations des branches du régime général avec le CPSTI, en objectivant les frais de gestion des prestations et des réserves financières 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*, *Cnav, Cnam*) ;

## Des mesures récentes au bilan contrasté

**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, Acoss*) ;

**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*).