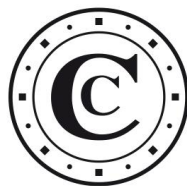


Cour des comptes



FINANCES ET COMPTES PUBLICS

LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

Octobre 2021

Sommaire

Procédures et méthodes	9
Introduction générale	13
Récapitulatif des recommandations	25
Première partie Contenir les dépenses et l'endettement de la sécurité sociale.....	33
Chapitre I La trajectoire financière de la sécurité sociale à partir de 2020 : le défi des conséquences de la crise sanitaire	35
I - La dégradation des finances sociales en 2020	38
A - Un déficit 2020 d'un niveau inédit	38
B - Une chute des recettes	41
C - Une hausse des dépenses imputable aux effets directs et indirects de la crise sanitaire	47
II - En 2021, un déficit attendu à un niveau encore élevé, malgré un fort rebond des recettes	60
A - Un déficit qui resterait très élevé	60
B - Des recettes particulièrement dynamiques.....	62
C - Un Ondam en fort dépassement en raison de la poursuite de la crise sanitaire, mais aussi de sous-évaluations et de dérapages de certaines dépenses.....	65
III - La nécessaire définition d'une trajectoire de retour à l'équilibre axée sur la maîtrise des dépenses	68
A - Une rupture dans la trajectoire de désendettement de la sécurité sociale.....	68
B - À l'issue de la crise sanitaire, des recettes plus faibles et des dépenses d'assurance maladie plus élevées.....	71
C - La nécessité d'efforts sur les dépenses afin de prévenir des déficits durables	73
Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial de la sécurité sociale pour l'exercice 2020	79
I - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre pour l'exercice 2020.....	81
A - Les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2020.....	82
B - Avis de la Cour	85
C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour	86
II - Avis de la Cour sur la cohérence du tableau patrimonial au 31 décembre 2020	95
A - Le tableau patrimonial au 31 décembre 2020	96

B - Avis de la Cour	99
C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour	102
Chapitre II Les lois de financement de la sécurité sociale : un cadre à réformer	111
I - Renforcer les fonctions de constatation et de prévision annuelles des lois de financement de la sécurité sociale	114
A - Donner au Parlement une information plus complète	114
B - Favoriser le dépôt de projets de lois de financement rectificatives	119
II - Faire jouer aux lois de financement un rôle plus actif dans le redressement financier de la sécurité sociale et des finances publiques.....	121
A - Faire coïncider le champ des LFSS avec celui des administrations de sécurité sociale utilisé dans le cadre du pilotage global des finances publiques	122
B - Clarifier les trajectoires financières pluriannuelles et en assurer une application plus rigoureuse	123
C - Contenir l'endettement social	128
Chapitre III Les dépenses d'assurance maladie : une régulation à rénover	135
I - Malgré les progrès permis par l'Ondam, un problème de soutenabilité accentué par la crise.....	138
A - Une rupture dans la maîtrise des dépenses d'assurance maladie aggravée par la crise sanitaire	138
B - Faute de réformes suffisantes, une maîtrise des dépenses de santé qui reste à asseoir dans la durée.....	145
II - Mettre la régulation des dépenses d'assurance maladie en cohérence avec les objectifs de santé	153
A - Inscrire la régulation des dépenses d'assurance maladie dans un périmètre cohérent	153
B - Renforcer la pluriannualité de l'Ondam et son articulation avec la stratégie nationale de santé	156
C - Mobiliser l'ensemble des leviers disponibles pour respecter l'Ondam et les objectifs fixés à moyen terme.....	162
Deuxième partie Sortir des modes de gestion de crise	173
Chapitre IV Les organismes de sécurité sociale dans la crise sanitaire, premiers constats.....	175
I - Une adaptation dans l'urgence, un service du public globalement assuré	178
A - Une gestion de crise organisée pour garantir l'essentiel.....	178
B - Un versement des prestations assuré, mais des organismes temporairement moins accessibles.....	182
II - Des missions à exercer pleinement dans le contexte d'une crise longue	189

A - Rendre plus efficace l'accompagnement individuel	189
B - Réarmer les dispositifs de contrôle	195
C - Normaliser progressivement le recouvrement social	198
Chapitre V La télésanté, des outils à mettre au service de la coordination des soins.....	205
I - Des atouts potentiels considérables, encore insuffisamment exploités	208
A - Une contribution attendue à l'efficacité des soins	208
B - Une stratégie de développement lente, dont les objectifs n'ont pas été atteints	211
II - Un essor de la télésanté à la faveur de la crise sanitaire.....	214
A - Le développement rapide de certains actes	214
B - Un relâchement des contraintes en partie efficace mais porteur de risques	218
III - Mettre la télésanté au service d'un meilleur fonctionnement du système de soins.....	223
A - Lever les freins organisationnels au déploiement de la télésanté.....	223
B - Adapter le cadre financier pour servir l'objectif de coordination des soins.....	226
Chapitre VI Les dépenses de biologie médicale : des efforts d'efficacité encore insuffisants	233
I - Une régulation à renforcer, notamment pour mieux maîtriser les volumes.....	237
A - Des volumes d'actes sans maîtrise effective.....	237
B - Des dépenses contenues par la régulation financière jusqu'en 2019.....	240
II - Une régulation de l'offre à rendre plus opérante.....	244
A - Les progrès partiels du contrôle de la qualité	244
B - Une concentration du secteur qui n'a pas bénéficié à l'assurance maladie	247
C - Un suivi territorial de l'accès à la biologie médicale à renforcer.....	249
III - Une incapacité persistante à assimiler les innovations dans le cadre tarifaire	251
A - Une arrivée massive de nouvelles méthodes d'analyse	252
B - Des mécanismes en panne	253
Troisième partie Relancer et accélérer les chantiers de réforme et d'amélioration de la gestion	261
Chapitre VII : Soins de suite et de réadaptation, soins psychiatriques, accueil des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées : dix ans de réformes inabouties du financement des établissements et services	263
I - Des réformes inabouties	267

A - Des réformes apparues nécessaires, des réorientations récentes	267
B - Une mise en œuvre encore très partielle au terme de la décennie	272
C - Une meilleure connaissance de l'activité	278
II - Des retards pénalisants	280
A - Une lourdeur des prises en charge à mieux prendre en compte	280
B - Des dotations populationnelles à perfectionner	283
C - Un pilotage à affirmer et à rendre plus transversal	288

**Chapitre VIII La dématérialisation des prescriptions médicales :
un facteur d'efficience du système de santé, des chantiers
ambitieux à faire aboutir293**

I - De fortes attentes à l'égard de la dématérialisation des prescriptions, mais un développement encore limité en France	296
A - Des apports de la dématérialisation des prescriptions potentiellement considérables	297
B - Des services de dématérialisation des prescriptions aujourd'hui limités aux arrêts de travail et aux transports de patients.....	301
C - Un retard de la France pour les médicaments et les dispositifs médicaux, supposé disparaître d'ici 2024	305
II - Faire de la dématérialisation des prescriptions un vecteur effectif de modernisation du système de santé.....	309
A - La dématérialisation, un mode de prescription à généraliser à l'ensemble des acteurs du système de santé.....	310
B - Une dématérialisation de données structurées à accélérer	313
C - Un changement pour les acteurs du système de santé à organiser et accompagner	316

**Chapitre IX La reconnaissance et la réparation des accidents
du travail et des maladies professionnelles : un dispositif
complexe à moderniser323**

I - Un dispositif complexe, une structure de dépenses spécifique	326
A - Un dispositif de reconnaissance fondé, pour l'essentiel, sur un principe de présomption	326
B - Le poids des prestations en espèces et la dynamique des indemnités d'arrêt de travail.....	331
II - Une modernisation nécessaire autour de trois priorités.....	336
A - Le retour à l'emploi, une logique à concrétiser	336
B - Un cadre de règles à moderniser rapidement	339
C - Des progrès de gestion à poursuivre	342

**Chapitre X Le minimum vieillesse et l'allocation de rentrée
scolaire : une contribution forte à la réduction de la pauvreté, des
performances de gestion contrastées349**

I - L'allocation de solidarité aux personnes âgées : une contribution forte à la réduction de la pauvreté, une qualité de liquidation et un accès aux droits mal assurés.....	353
---	-----

A - Des dépenses désormais croissantes, un soutien significatif aux ménages aux revenus modestes	353
B - Le paiement à bon droit de l'Aspa et l'égal accès à la solidarité nationale mal assurés	361
II - L'allocation de rentrée scolaire : un dispositif redistributif simple à gérer, des modalités d'attribution à réexaminer	367
A - Des dépenses faiblement croissantes, un soutien significatif au pouvoir d'achat des familles modestes.....	367
B - Un dispositif simple à gérer, des évolutions possibles en faveur des familles les plus modestes	372
Liste des abréviations	381
Réponses des administrations et organismes concernés	387

Procédures et méthodes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*
**

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

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

Le projet de rapport a été délibéré par la sixième chambre de la Cour les 22 et 25 janvier, 12, 19, 24 et 29 mars, 2 et 12 avril, 12, 17, 19 mai, 22 et 25 juin, 14 septembre 2021.

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

- en tant que contre-rapporteurs, par MM. Diricq, de la Guéronnière, Viola, Mme Latare, conseillers maîtres ;

- en tant que rapporteurs, par MM. Rabaté, Fulachier, Appia, Houdebine, Burkel, Fourier, conseillers maîtres, Mmes Meadel et Barreau, conseillères référendaires, MM. Khellaf, Gallée, Dossi et Desfretier conseillers référendaires, Mme Fichen, auditrice, M. Perrin, auditeur, MM. Bras et Lavastre, rapporteurs extérieurs, Mmes Chambellan-Le Levier et Munforte, rapporteuses extérieures, avec le concours de MM. Dardigna, Delmas et Dupouy et Mme Perbal, experts de certification, Mme Catherine, vérificatrice, MM. Picard et Théveneau, vérificateurs.

Le projet de rapport a été examiné et approuvé, le 1^{er} juin et les 6 et 15 juillet 2021, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, Mme Camby, rapporteure générale du comité, MM. Morin, Andréani et Terrien, Mme Podeur, MM. Charpy et Gautier, présidents de chambre et, à compter du 1^{er} juillet, MM. Martin, Meddah, Lejeune, Advielle, présidents de chambres régionales des comptes, Mmes Bergogne, Renet, présidentes de chambres régionales des comptes, Mme Hirsch, Procureure générale, entendue en ses avis.

**

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

Introduction générale

Les conséquences de la crise sanitaire affecteront durablement la situation des finances publiques, et en particulier celle des finances sociales. Proches de l'équilibre en 2019 et après avoir subi en 2020 un déficit d'ampleur inédite (- 38,7 Md€), le régime général de la sécurité sociale et le fonds de solidarité vieillesse (FSV) connaîtront encore en 2021 un fort déséquilibre financier (- 34,6 Md€ de déficit prévisionnel).

Au-delà de 2021, selon le programme de stabilité transmis au printemps à la Commission européenne, l'objectif du Gouvernement est de réduire, sans hausses d'impôts, les déficits publics issus de la crise et de stabiliser le ratio de dette publique, puis d'engager sa décrue d'ici 2027. La Cour constate cependant que les conditions du redressement des finances sociales restent à définir, notamment dans les domaines de l'assurance maladie et de la retraite.

Après le rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques¹ et celui remis au Premier ministre relatif à la stratégie de finances publiques dans le contexte de la sortie de crise sanitaire², le présent rapport, successivement :

- procède à l'analyse approfondie de la situation des comptes sociaux et formule des recommandations portant, d'une part, sur des voies d'amélioration possibles du contenu et des modalités d'élaboration des lois de financement de la sécurité sociale, et, d'autre, part sur les conditions permettant une maîtrise plus efficace, dans la durée, de l'évolution des dépenses d'assurance maladie (partie I) ;

- tire les premiers bilans de la gestion de la sécurité sociale durant la crise sanitaire en soulignant que, globalement, si les réponses apportées ont été utiles, elles l'ont été le plus souvent dans des conditions dérogatoires et selon des règles d'exception, dont il convient désormais de sortir pleinement (partie II) ;

¹ Cour des comptes, « La situation et les perspectives des finances publiques », juin 2021 ».

² Cour des comptes, « Une stratégie de finances publiques pour la sortie de crise », juin 2021.

- illustre, à travers quatre exemples, la nécessité de relancer les chantiers de réformes ou de modernisation de la gestion, qui ont dû être suspendus ou ralentis durant la crise sanitaire (partie III).

Contenir les dépenses et l'endettement de la sécurité sociale

(Partie I)

Rapporté au PIB, le déficit public de la France est, en 2020, le sixième plus élevé parmi les 19 pays de la zone euro, près de deux points de PIB plus haut que la moyenne mesurée pour ces pays, et cinq points de PIB plus haut que celui de l'Allemagne.

La crise sanitaire, qui a frappé tous les pays avec une intensité diverse, n'explique pas seule cette situation. Avant le début de la crise, la France disposait, en raison des niveaux du déficit et de la dette publics, de moins de marges de manœuvre que la plupart de ses partenaires européens. En 2019, le taux des prélèvements obligatoires atteignait en France 45,5% du PIB, soit le taux le plus élevé de l'Union européenne, plus de cinq points de PIB au-dessus de celui de la moyenne de la zone euro (40,4%) et de l'Allemagne (40,3%). Les dépenses publiques françaises étaient également les plus élevées de l'Union européenne, atteignant 55,5 points de PIB, soit 8,8 points de PIB au-dessus de la moyenne des pays de l'Union (46,6 points).

Sur vingt ans, entre 2000 et 2019, l'augmentation de la part des dépenses publiques dans le PIB (+ 4,5 points) s'explique par l'évolution des dépenses sociales : + 2,8 points pour les dépenses de retraite et + 1,7 points pour les dépenses publiques de santé. Dans le rapport précité relatif à la stratégie de finances publiques dans le contexte de la sortie de crise sanitaire, la Cour a souligné la nécessité de consolider les finances publiques, notamment par une modération de la progression des dépenses sociales dans cinq secteurs clés. Les deux premiers domaines pour lesquels elle recommande d'agir sont ceux de l'assurance vieillesse, aspect qui n'est pas développé dans le présent rapport, et celui de l'assurance maladie, enjeu illustré par plusieurs chapitres.

La forte augmentation des dépenses de santé, avec la dégradation des recettes, est également à l'origine de la situation de déséquilibre profond et durable des comptes sociaux résultant de la crise sanitaire, dont l'analyse est l'objet du premier chapitre du rapport (chapitre I).

Pour contribuer à mieux maîtriser l'évolution des dépenses sociales, des améliorations de l'organisation et du périmètre des lois de financement de la sécurité sociale pourraient être utiles (chapitre II). Apparaît par

ailleurs indispensable une articulation plus rigoureuse entre les objectifs de maîtrise des dépenses d'assurance maladie et les actions visant à une meilleure satisfaction des besoins de santé de la population par des soins plus pertinents et de qualité (chapitre III).

*La confirmation d'une dégradation sans précédent et durable
des finances sociales qui appelle la construction d'une trajectoire
de retour vers l'équilibre*

L'épidémie de covid 19 a provoqué en 2020 le déficit le plus élevé jamais enregistré par la sécurité sociale, représentant 1,7 point de PIB, dépassant celui de 2010 (1,5 % du PIB) consécutif à la récession économique de 2009 entraînée par la crise financière de 2008.

Cette situation résulte de la chute du produit des prélèvements obligatoires (- 18,8 Md€ par rapport à la prévision de la LFSS 2020) du fait du fléchissement de l'activité et de l'emploi, du développement de l'activité partielle et de l'augmentation des provisions au titre des créances des Urssaf sur les entreprises employant des salariés et les travailleurs indépendants, ainsi que d'un dépassement de 14,6 Md€ de la prévision de dépenses, pour l'essentiel au titre de la branche maladie. L'objectif de dépenses d'assurance maladie (Ondam) a ainsi progressé de 9,5 %, pour un taux de progression initialement fixé à 2,45%, en raison des dépenses liées directement à la crise sanitaire, mais aussi de mesures de revalorisation salariale décidées dans le cadre des accords du « Ségur de la santé ».

En 2021, le déficit du régime général et du FSV resterait profondément dégradé (- 34,6 Md€), du fait principalement de dépenses d'assurance maladie nettement plus élevées que prévu (+ 11,6 Md€ par rapport à la LFSS 2021), en raison d'une troisième vague épidémique au cours du premier semestre qui n'avait pas été anticipée, et malgré le fort rebond des recettes, tirées par la vigueur de la reprise de l'activité économique (+ 13,8 Md€ par rapport à la LFSS 2021).

La dette sociale portée par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) et l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) connaîtrait une augmentation supplémentaire de 25 Md€, pour atteindre 166 Md€ fin 2021 (soit 6,8 % du PIB), contre 141 Md€ fin 2020 et 115 Md€ fin 2019.

Au-delà de 2021, les perspectives d'évolution annexées au PLFSS 2022 prévoient un déficit du régime général et du FSV de l'ordre de 13 Md€ à l'horizon 2024. Ce déficit ne se réduirait plus : les recettes et les dépenses auraient alors retrouvé leur évolution tendancielle après avoir enregistré, pour les unes, une perte définitive provoquée par un rattrapage

incomplet de la chute de l'activité en 2020 et, pour les autres, une hausse massive du fait notamment du coût des mesures du « Ségur de la santé ».

Dès à présent, il est certain que le plafond de 92 Md€ d'autorisation de reprise de déficits par la Cades au titre des exercices 2020 à 2023, fixé par la loi du 7 août 2020, ne permettra pas de couvrir le déficit 2023.

Le fonctionnement de la sécurité sociale devrait reposer sur le principe consistant à ne pas financer par l'emprunt, et donc par un déport sur les générations futures, la couverture des risques sociaux d'aujourd'hui. Le retour à l'équilibre des comptes est à cet égard un impératif de bonne gestion des finances sociales.

Pour construire cette trajectoire de retour à l'équilibre, il convient d'engager des actions résolues de recherche d'efficience des dépenses, notamment dans les domaines de l'assurance maladie et des retraites, pour lesquels la Cour a émis de nombreuses propositions, toujours actuelles, dans le cadre de ses publications. Pour leur part, des hausses de prélèvements obligatoires pourraient rencontrer des difficultés d'acceptation. Des déplacements de recettes de l'État ou de la Cades en faveur des régimes de sécurité sociale n'amélioreraient quant à eux en rien la situation des finances publiques prise dans son ensemble.

Améliorer les lois de financement de la sécurité sociale

Instaurées il y a un quart de siècle, les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) constituent un élément central du cadre de référence dans lequel s'inscrit le pilotage des dépenses sociales. Pour autant, elles présentent certaines limites.

Incluse dans le projet de loi qui fixe le cadre financier de l'année à venir, objet central d'attention, la fonction de constatation des résultats du dernier exercice clos est aujourd'hui négligée. Elle pourrait être isolée dans le cadre d'une loi d'approbation au printemps, comme celle relative au budget de l'État, afin de mieux évaluer, année après année, l'évolution de l'équilibre et des performances du système de protection sociale. Différents problèmes techniques devraient toutefois être résolus pour que le Parlement dispose de toute l'information utile à cet exercice d'analyse et de suivi indispensable, notamment les avis que la Cour des comptes doit être en situation de rendre sur les comptes du dernier exercice clos.

Plusieurs évolutions pourraient par ailleurs s'attacher à corriger certaines limites de la loi de financement proprement dite. Parmi les plus importantes, figureraient : l'obligation faite au Gouvernement de déposer, en cours d'exercice, un projet de loi rectificative en cas de remise en cause substantielle des prévisions de résultats votés à l'automne précédent,

comme cela est fait pour le budget de l'État ; l'extension de l'exercice de prévision à l'ensemble des dépenses de protection sociale, notamment celles d'assurance retraite complémentaire et d'assurance chômage ; le renforcement de la cohérence entre les LFSS et la programmation pluriannuelle des dépenses publiques adoptée par le Parlement ou transmise à la Commission européenne ; l'inclusion dans la loi de financement des objectifs de maîtrise des paramètres structurels de la dépense ; le conditionnement de toute nouvelle reprise de dette par la Cades portant sur des déficits prévisionnels à l'adoption d'une trajectoire de redressement des comptes de la protection sociale.

Rénover la régulation des dépenses d'assurance maladie

Dans le rapport sur l'application des lois de financement de l'année 2020, la Cour a montré que la fixation d'un objectif annuel de dépenses et l'institution de mécanismes visant à son respect avaient permis de modérer la progression des dépenses d'assurance maladie durant la dernière décennie. Cependant, au vu du desserrement de la norme d'évolution des dépenses à compter de 2018, elle soulignait le caractère incomplet de la régulation mise en œuvre, faute qu'elle soit articulée avec les politiques visant à transformer le système de santé et à mieux allouer les ressources importantes que la collectivité consacre à la santé. Elle invitait à rechercher les voies permettant de concilier l'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins avec leur coût pour la collectivité.

Les conséquences potentiellement durables de la crise sanitaire sur les dépenses de santé et le poids pérenne des mesures décidées au titre du « Ségur de la santé » conduisent la Cour à recommander, à nouveau, de ne plus différer la révision en profondeur des leviers d'action sur les déterminants de la dépense de santé, notamment par une attention plus grande à la pertinence et à la qualité des soins réalisés, mais aussi par l'amélioration des mécanismes mis en œuvre pour allouer avec plus de justesse et d'efficacité, entre territoires ou entre professionnels et établissements de santé, la part très élevée de la richesse nationale consacrée au fonctionnement du système de santé en France³.

Au-delà des mesures consistant à améliorer le rôle de l'Ondam comme outil de régulation financière, il est indispensable de formaliser, avec la rigueur méthodologique nécessaire, les liens entre les objectifs financiers, les objectifs de santé et les actions de réforme du système de

³ En 2019, selon l'OCDE, parmi les 38 pays la composant, la France présentait un ratio de dépenses de santé couvertes par les régimes publics ou obligatoires d'assurance maladie de 9,4 %, dépassée seulement par les États-Unis (14,4 %), et l'Allemagne (9,9 %), ce ratio s'établissant en moyenne à 6,6 % pour l'ensemble des pays de l'OCDE.

soins et de les inscrire dans une programmation pluriannuelle soumise au Parlement.

Les marges de manœuvre des Agences régionales de santé méritent en particulier d'être élargies pour faciliter, localement, la satisfaction des besoins de la population par une meilleure allocation des ressources entre professionnels et établissements de santé. L'ensemble des outils disponibles doivent également être mobilisés pour inciter à l'amélioration des modes de prise en charge des patients, en particulier par des soins gradués en fonction de leur état et pertinents.

**

La sortie nécessaire des modes de gestion de crise

(Partie II)

À travers trois enquêtes, la Cour dresse un premier bilan de la gestion de la sécurité sociale pendant la crise.

Qu'il s'agisse du versement des prestations ou du recouvrement des prélèvements sociaux (chapitre IV), du recours facilité aux outils de la télésanté (Chapitre V) ou de la suspension provisoire de la régulation des dépenses dans le champ de la biologie médicale (chapitre VI), les dispositions mises en œuvre ont répondu à des situations d'urgence, mais elles ne peuvent perdurer en l'état.

Revenir aux impératifs de recouvrement et de contrôle

Les organismes de sécurité sociale n'étaient pas préparés à faire face aux conséquences de la crise sanitaire, tant du point de vue interne de l'organisation du travail, que des enjeux externes de préservation du service public de la sécurité sociale.

Les premiers constats montrent que les organismes ont pu assez vite s'adapter pour préserver le service des prestations. Le déploiement du télétravail pour les salariés de la sécurité sociale et la simplification des procédures de gestion, facilitée par des dérogations autorisées par le législateur aux règles d'attribution ordinaires et par la levée ou l'allègement des contrôles, ont été les principaux leviers mis en œuvre.

Le prolongement de la crise sanitaire et ses conséquences économiques ont continué à mettre sous tension les organismes de sécurité sociale. Malgré cela, la normalisation des procédures de gestion des prestations, notamment des contrôles, et celles de l'ensemble des fonctions

du recouvrement des prélèvements, notamment de recouvrement amiable et forcé, constituent désormais le principal enjeu.

*Recentrer l'usage de la télésanté pour faciliter l'accès aux soins
et la coordination entre professionnels de santé*

Comparée à d'autres pays, la France a plutôt anticipé l'émergence de la télésanté, un cadre juridique ayant été défini pour son usage dès la fin des années 2000. Toutefois, la mise en œuvre laborieuse de diverses expérimentations, visant à évaluer l'apport de la télésanté à l'accès aux soins dans des zones en manque de ressources médicales ou à une meilleure coordination des professionnels de santé pour la prise en charge des patients, ainsi que l'inscription tardive, en 2018, des téléconsultations au remboursement par l'assurance maladie, n'ont pas permis un développement significatif de la télésanté durant la dernière décennie.

En 2020, en raison de l'épidémie de covid 19, des périodes de confinement et de la moindre fréquentation des cabinets des médecins de ville par la population, les téléconsultations ont constitué un palliatif massivement utilisé, grâce notamment à diverses dérogations aux règles de prise en charge, comme le remboursement à 100 %.

Dans la perspective d'une sortie progressive de la crise sanitaire, la Cour considère cependant souhaitable une réflexion sur cette évolution. Il lui semble que le système de santé ne gagnerait pas en efficience à voir la télésanté s'installer comme une modalité supplémentaire de réalisation des actes, mais qu'il conviendrait, au contraire, dans le cadre des politiques de transformation de l'offre de soins, d'en encourager un usage sélectif au service d'une meilleure coordination des soins selon des conditions à déterminer.

*Mieux réguler les dépenses de biologie médicale
et assurer la prise en charge des actes de biologie innovants*

Hors période exceptionnelle de crise sanitaire, l'assurance maladie dépense chaque année environ 6 Md€ pour financer les actes de biologie réalisés par les laboratoires de ville ou par les établissements de santé.

C'est l'un des rares domaines de soins de ville pour lequel, depuis 2014, un dispositif de régulation a garanti le respect d'enveloppes de dépenses, par le biais, notamment, d'ajustements des tarifs de certains actes. Ce dispositif a été suspendu en 2020. L'activité résultant des campagnes de détection du Sars-CoV-2 a conduit à un accroissement considérable de la marge du secteur de la biologie, qui appelle de nouvelles baisses des tarifs des tests relatifs au Sars-CoV-2, au-delà de celle mise en œuvre en mars 2021. Les dispositifs de régulation conventionnels doivent par ailleurs être appliqués à nouveau, en

veillant à utiliser davantage les leviers de réduction des volumes des actes de biologie, qui sont encore insuffisamment utilisés, qu'il s'agisse par exemple des référentiels d'aide à la prescription, ou de la possibilité offerte aux biologistes de modifier les actes prescrits par les médecins.

De manière plus générale, différentes réformes au début de la précédente décennie ont eu pour but d'améliorer la qualité des actes de biologie, tout en visant à faire évoluer le cadre économique du secteur, en favorisant des gains de productivité, notamment sur les activités d'analyse. Il s'avère, dix ans après, que le contrôle de la qualité est encore perfectible et que la concentration accrue du secteur a favorisé une rentabilité dont l'assurance maladie profite peu. Enfin, quelques années après de premières recommandations, la Cour a analysé la façon dont les actes d'analyse biologique innovants sont inscrits au remboursement par l'assurance maladie. Elle n'a pas constaté de progrès, mais au contraire une situation préoccupante. Des centaines d'actes continuent à attendre leur évaluation, faisant courir le risque d'une obsolescence des techniques utilisées en France au détriment d'innovations, souvent déjà anciennes, notamment dans le domaine de la biologie moléculaire, alors que des actes obsolètes demeurent inscrits. Ce risque a été illustré, durant la crise sanitaire, par la nécessité de développer dans l'urgence les capacités d'analyse par test RT-PCR ou de séquençage génomique pour identifier les variants du Sars-CoV-2.

Relancer et accélérer les chantiers de réforme et d'amélioration de la gestion (Partie III)

La crise sanitaire a ralenti l'avancée de nombreux chantiers de réforme ou de modernisation de la gestion, pourtant indispensables pour redresser la situation financière de la sécurité sociale et répondre durablement aux besoins de la population.

La transformation du système de santé doit en effet viser une meilleure prise en charge sanitaire des personnes, privilégiant la continuité des parcours de soins, la délivrance de soins adaptés à la situation médicale des patients et la prise en compte de l'innovation médicale. De même, le développement maîtrisé des outils numériques est à mettre au service de l'amélioration de la relation de service, du recours effectif aux droits sociaux et de la fiabilité de la gestion des prestations sociales.

Ces enjeux sont illustrés à travers quatre chapitres qui soulignent l'importance de la nécessaire adaptation des méthodes de financement des établissements de santé ou des établissements et services médico-sociaux (chapitre VII), de la dématérialisation des prescriptions médicales

(chapitre VIII), ou de la gestion de certains dispositifs de sécurité sociale ou de solidarité, comme la reconnaissance et la réparation des accidents de travail et des maladies professionnelles (chapitre IX) ou l'allocation de solidarité aux personnes âgées et l'allocation de rentrée scolaire (chapitre X).

*Mener à bien les réformes des modes de financement
des établissements de santé et médico-sociaux*

À partir de 2003, le financement des activités de soins aigus des hôpitaux et des cliniques a connu une réforme de grande ampleur. Ces nouvelles règles de financement, connues sous le nom de tarification à l'activité ou T2A, ont inspiré la volonté d'en étendre les principes aux autres activités des établissements de santé (les soins de suite et de réadaptation et les soins psychiatriques) ainsi qu'à celles des établissements et services médico-sociaux pour l'accueil des personnes âgées ou handicapées. Quatre grands chantiers ont ainsi été engagés au début de la dernière décennie, sur l'avancée desquels la Cour estime utile, dix ans après, de procéder à une analyse d'ensemble.

Au-delà du constat global d'un faible degré d'avancement et du constat que les critiques portées à la tarification à l'activité ont conduit à réorienter les modèles vers des financements mixtes composés de dotations et de tarifs, des enseignements convergents se dégagent. À l'exception de ceux utilisés pour des personnes âgées dépendantes, les outils de tarification ne tiennent pas encore suffisamment compte de la lourdeur relative de leur prise en charge médicale. Les dispositifs d'allocation différenciée des financements par région et territoire restent à étayer plus solidement. Le pilotage et l'organisation des différents chantiers sont généralement assez fragiles. Enfin, les réformes du financement sont conduites sans liens suffisants avec les autres outils de transformation du système de soins (autorisations de certaines activités de soins, contrats d'objectif et de moyens avec les établissements...) et trop souvent sollicitées en lieu et place d'autres leviers plus adaptés.

Un renforcement de la conduite de ces chantiers apparaît nécessaire pour qu'ils contribuent pleinement à la transformation souhaitable du système de santé, au profit des patients, pour des soins de qualité, mieux coordonnés, gradués et plus inclusifs.

*Faire aboutir la dématérialisation des prescriptions médicales
et en tirer tous les bénéfices possibles*

La dématérialisation des prescriptions médicales est un levier puissant d'amélioration de la pertinence, de la qualité et de la sécurité des soins, de réalisation de gains de productivité par les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé et de prévention des erreurs et des

fraudes. Pourtant, la France, comme l'Allemagne, est en retard par rapport au Royaume-Uni, à la Belgique, à l'Espagne ou à l'Italie.

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé et une ordonnance prise pour son application ont fixé des obligations de dématérialisation des prescriptions d'arrêt de travail d'ici fin 2021 et des autres prescriptions d'ici fin 2024. Les constats effectués par la Cour montrent que la première échéance ne sera pas respectée, que la seconde est incertaine et que la mise en œuvre se fera sous une forme imparfaite, une grande partie des données de prescription n'étant pas codifiée, mais exprimée en texte libre.

Pour que le système de santé bénéficie pleinement de la prescription électronique, l'obligation de dématérialisation doit être appliquée à l'ensemble des prescriptions médicales, y compris celles effectuées à l'hôpital et exécutées en ville. En outre, la priorité devrait être donnée à l'aboutissement des chantiers techniques de codage et de structuration des données de prescription, dont dépend une grande partie des gains attendus de la dématérialisation.

*Moderniser la gestion de la reconnaissance et de la réparation
des accidents de travail et des maladies professionnelles*

La branche des accidents de travail et des maladies professionnelles, dite « branche AT-MP », est encore très marquée par ses principes d'origine, issus de la loi du 9 avril 1898, qui permettent au salarié d'être indemnisé des dommages subis du fait d'un accident de travail, sans avoir à se retourner contre son employeur pour voir reconnue la responsabilité de ce dernier par voie de justice. Un accident survenu sur le lieu et pendant le temps de travail est ainsi présumé causé par l'activité professionnelle. Il fait alors l'objet d'une reconnaissance comme accident de travail et d'une réparation forfaitaire, selon les règles d'indemnisation fixées par les textes législatifs et réglementaires régissant les prestations versées par la branche AT-MP. Cette réparation, qui n'est que partielle, s'écarte du principe de réparation intégrale posé par les règles et la jurisprudence civiles. Les organisations représentatives des employeurs et des salariés fixent paritairement les orientations de prévention du risque professionnel et déterminent les taux des cotisations acquittées par les entreprises, lesquelles financent intégralement les dépenses de la branche.

Certains aspects singuliers caractérisent ce contexte de gestion particulier. Ainsi, l'application du principe de présomption à certaines maladies, dont les causes sont généralement d'origines multiples et non exclusivement professionnelles, conduit à ce que les troubles musculo-squelettiques représentent plus de 80 % des maladies professionnelles reconnues en France, ce qui la démarque fortement des autres pays européens.

Doit également être noté le fait que les décisions de reconnaissance prises par les caisses sont régulièrement contestées par les entreprises de grande taille, dans le but de réduire l'impact financier qu'ont les sinistres subis par leurs salariés sur les cotisations dont elles sont redevables.

Au-delà des efforts à poursuivre en matière de simplification des règles ou de gestion des procédures de reconnaissance et de réparation financière, la branche AT-MP doit réorienter ses priorités en faveur des actions favorisant la reprise du travail des salariés en arrêt, exposés aux risques de la désinsertion professionnelle.

*Améliorer l'efficience de deux allocations de solidarité :
le minimum vieillesse et l'allocation de rentrée scolaire*

Le minimum vieillesse et l'allocation de rentrée scolaire sont deux grands dispositifs de solidarité, tant par l'importance des publics concernés (750 000 foyers âgés et trois millions de familles) que par le poids croissant des montants servis, supportés par le système de sécurité sociale (respectivement 3,9 Md€ et 2,6 Md€ en 2020). La Cour a souhaité procéder à une analyse comparée de ces deux dispositifs.

Les deux allocations, versées sous conditions de ressources, répondent globalement au même objectif, consistant à procurer un surcroît de ressources financières à des foyers et familles dont les revenus sont très faibles ou modestes.

Des évolutions des dispositifs semblent cependant souhaitables.

En particulier, les règles d'attribution du minimum vieillesse, très complexes, mériteraient d'être simplifiées, ce qui permettrait de réduire les causes d'erreurs et de fraudes, mais également de faciliter l'information du public sur cette allocation, caractérisée par une proportion importante de personnes qui ne font pas valoir leurs droits. Le bénéfice de l'allocation de rentrée scolaire pourrait être recentré sur les familles aux revenus les plus bas, et le barème de l'allocation de rentrée scolaire gagnerait à être ajusté, à coût constant, pour mieux couvrir les dépenses liées à la scolarité des enfants les plus âgés.

Récapitulatif des recommandations

PREMIÈRE PARTIE

CONTENIR LES DÉPENSES ET L'ENDETTEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Chapitre I – La trajectoire financière de la sécurité sociale à partir de 2020 : le défi des conséquences de la crise sanitaire

Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial de la sécurité sociale pour l'exercice 2020

1. Revoir les modalités d'établissement, de validation et de transmission à la Cour des tableaux d'équilibre, du détail des retraitements opérés à partir des comptes des entités comprises dans leur champ, ainsi que des éléments du projet d'annexe 4 qui s'y rapportent, afin que la Cour soit, dans tous les cas, en mesure de communiquer au Parlement ses avis sur leur cohérence dans le délai résultant des dispositions organiques, en vigueur comme projetées, du code de la sécurité sociale (*ministère chargé de la sécurité sociale*).
2. (recommandation réitérée) Mettre fin aux contractions de produits et de charges dans les tableaux d'équilibre, non conformes au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, pour l'établissement des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (*ministère chargé de la sécurité sociale*).

Chapitre II – Les lois de financement de la sécurité sociale : un cadre à réformer

3. Afin de garantir la cohérence du pilotage global des dépenses publiques, étendre le champ des lois de financement de la sécurité sociale aux régimes de retraite complémentaires et d'assurance chômage et chaîner les objectifs annuels et pluriannuels de dépenses des lois de financement de la sécurité sociale à ceux des documents de cadrage des finances publiques (lois de programmation, rapport économique, financier et social et programme de stabilité) (*ministères chargés de la sécurité sociale, de l'économie et du budget*).
4. Afin d'éclairer les voies du redressement financier de la sécurité sociale, intégrer des prévisions d'effort et de solde structurels aux lois de financement de la sécurité sociale et des estimations de l'effort et du solde structurels relatifs au dernier exercice clos aux futures lois d'approbation des comptes (*ministères chargés de la sécurité sociale, de l'économie et du budget*).
5. Contribuer au pilotage des objectifs de dépenses fixés par la loi annuelle de financement de la sécurité sociale et la loi de programmation des finances publiques, en intégrant au projet de loi de financement et au futur projet de loi d'approbation des comptes soumis à l'approbation du Parlement un tableau de synthèse des écarts affectant le solde et un rapport proposant des mesures destinées à les compenser en tout ou partie (*ministères chargés de la sécurité sociale, de l'économie et du budget*).
6. Prévoir une obligation de dépôt d'un projet de loi de financement rectificative lorsque les conditions de l'équilibre financier adopté dans la loi de financement initiale se trouvent remises en cause (*ministères chargés de la sécurité sociale, de l'économie et du budget*).
7. Intégrer les reprises de déficits par la Cades (reprises de dette), lorsque ces opérations portent sur des déficits présentant un caractère prévisionnel, à une trajectoire pluriannuelle de redressement des comptes sociaux, en étendant le domaine exclusif des lois de financement de la sécurité sociale à ces reprises et en soumettant dans ce cadre au Parlement un rapport documentant des mesures de redressement (*ministères chargés de la sécurité sociale, de l'économie et du budget*).
8. Améliorer les conditions de l'exercice par le Parlement de sa mission constitutionnelle de contrôle des finances sociales, notamment en détaillant à un niveau approprié les dépenses et les recettes par nature, en explicitant l'ensemble des hypothèses sous-jacentes à la trajectoire

financière pluriannuelle et en exprimant l'ensemble des données en millions d'euros, dans les projets de loi de financement comme d'approbation des comptes (*ministères chargés de la sécurité sociale, de l'économie et du budget*).

Chapitre III – Les dépenses d'assurance maladie : une régulation à rénover

9. Élargir le périmètre de l'Ondam à l'ensemble des dépenses de santé prises en charge par les branches de la sécurité sociale, et lui annexer un nombre limité d'objectifs complémentaires (*ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, ministère chargé du budget*).
10. Inscrire l'Ondam dans une trajectoire pluriannuelle étayée, finement documentée en lien avec la stratégie de santé, et justifier précisément les révisions éventuelles par rapport à cette trajectoire (*ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, ministère chargé du budget*).
11. Lier une part significative de la rémunération des offreurs de soins en ville et à l'hôpital à l'atteinte d'objectifs de pertinence, et formaliser une mission d'observation des pratiques conjuguant l'expertise de la Cnam et de la Haute autorité de santé (HAS) à travers notamment la publication de synthèses (*ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam, HAS*).
12. Conditionner les revalorisations au respect de l'Ondam, et mettre en réserve chaque année les montants correspondants (*ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, ministère chargé du budget*).
13. Renforcer les outils et les prérogatives des ARS pour décliner les orientations définies au niveau national dans le cadre de l'Ondam, en tenant compte des rééquilibrages nécessaires entre régions, à travers notamment :
 - le développement des dotations populationnelles aux différents secteurs d'activités de soins ;
 - des dotations régionales, créées par étape à partir du FIR et mobilisées de manière flexible par les ARS pour faciliter les transformations locales des différents secteurs d'activité nécessaires à des soins mieux gradués et coordonnés (*ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, ministère chargé du budget*).

DEUXIÈME PARTIE

SORTIR DES MODES DE GESTION DE CRISE

Chapitre IV – Les organismes de sécurité sociale dans la crise sanitaire, premiers constats

14. Améliorer les plans de continuité d'activité des organismes de sécurité sociale, en formalisant des référentiels de solutions activables et en déterminant a priori les moyens à même de garantir une généralisation immédiate du télétravail dans des situations majeures d'indisponibilité des locaux ou d'absentéisme (*organismes nationaux du régime général de sécurité sociale*).
15. Engager sans attendre des actions nouvelles, fondées notamment sur l'exploitation de données mutualisées entre les organismes de sécurité sociale ainsi qu'avec les administrations de l'État, nécessaires à l'exercice par l'ensemble des personnes éligibles de leurs droits sociaux, notamment pour le bénéfice de la complémentaire santé solidaire et des minima sociaux (*organismes nationaux du régime général de sécurité sociale*).
16. Reprendre à plus large échelle les contrôles des facturations des frais de santé faites par les professionnels et les établissements de santé à l'assurance maladie, ainsi que les contrôles des assiettes des prélèvements sociaux déclarées par les cotisants (*Acoss, Cnam*).
17. Exploiter les données disponibles auprès de l'administration fiscale pour affiner les actions de recouvrement sur les cotisants (*ministère chargé du budget, Acoss*).
18. Afin d'assurer le paiement à bon droit de l'indemnité pour perte d'activité des professionnels de santé conventionnés (Dipa), vérifier systématiquement la conformité des déclarations de ses bénéficiaires aux données des administrations ayant versé les concours financiers entrant dans le calcul de cette aide et mettre en recouvrement l'ensemble des indus constatés (*ministère chargé de la sécurité sociale, Cnam*).

Chapitre V – La télésanté

19. Accompagner le développement de la télésanté dans une logique de coordination des soins en mobilisant prioritairement les GHT, les hôpitaux de proximité et les structures d'exercice coordonné et en prévoyant, dans les chantiers de réforme tarifaire, des modes de

financement autres que le paiement à l'acte (*ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé*).

20. Cibler les politiques d'aide à l'équipement des ARS et de la Cnam sur les zones et les publics prioritaires (*ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam*).
21. Renforcer l'interopérabilité des systèmes d'information de télésanté en rendant contraignant le respect des référentiels nationaux et en incluant dans ces derniers l'interopérabilité avec les dispositifs médicaux connectés (*ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé*).
22. Évaluer les effets des assouplissements apportés par l'avenant 9 à la convention médicale en matière de parcours de soins coordonnés et de connaissance préalable du médecin (*ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam*).
23. Mettre fin à la prise en charge à 100 % (*ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam*) et élaborer un plan de contrôle a posteriori de la facturation de ces actes (*Cnam*).

Chapitre VI – Les dépenses de biologie médicale : des efforts d'efficience encore insuffisants

24. Dans le cadre du déploiement de la prescription électronique, veiller au respect de l'obligation de transmission aux biologistes par les médecins prescripteurs des éléments cliniques pertinents (*ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam*).
25. Pour favoriser la maîtrise des volumes, dans une optique de pertinence, produire les référentiels concernant les examens courants porteurs des enjeux financiers les plus significatifs (*ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam, HAS*).
26. Résorber le retard d'évaluation d'ici au 31 décembre 2024, en radiant les actes qui sont devenus obsolètes ou inutiles et en intégrant les autres à la NABM (*ministère chargé des affaires sociales et de la santé, Cnam, HAS*).
27. Tenir à jour et de façon coordonnée les données afférentes à l'implantation territoriale des laboratoires, à leur situation économique, et aux mouvements de restructuration et de concentration en vue de préserver une biologie de proximité (*ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, ministère chargé du budget, Cnam*).

TROISIÈME PARTIE

RELANCER ET ACCÉLÉRER LES CHANTIERS DE RÉFORME ET D'AMÉLIORATION DE LA GESTION

Chapitre VII – Soins de suite et de réadaptation, soins psychiatriques, accueil des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées : dix ans de réformes inabouties du financement des établissements et services

28. D'ici fin 2024, développer pour chacun des champs, les outils de mesure de la lourdeur des prises en charge dans l'objectif d'enrichir les modèles tarifaires correspondants (*ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, CNSA*).
29. Étendre au secteur des SSR et aux ESMS le principe législatif visant à corriger progressivement les inégalités territoriales à travers la répartition entre régions de dotations, fixées selon des critères transparents (*ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé*).
30. Mettre en place une structure transversale permanente de « maîtrise d'ouvrage déléguée », au sein du secrétariat général des ministères sociaux, en charge de la supervision et de la coordination des réformes tarifaires (*ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé*).
31. Dans une optique d'un recours plus sélectif aux incitations tarifaires, établir en amont des réformes la cartographie projetée de l'utilisation des trois principaux leviers de transformation de l'offre : autorisations, CPOM et tarifs (*ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé*).
32. Adopter un cadre méthodologique rigoureux pour les simulations financières et les concertations relatives aux projets de réforme et les insérer dans un calendrier préfixé d'une durée raisonnable (*ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé*).

Chapitre VIII – La dématérialisation des prescriptions médicales : un facteur d'efficience du système de santé, des chantiers ambitieux à faire aboutir

33. Étendre le champ de l'obligation de dématérialisation des prescriptions, à tous les actes, biens et produits de santé prescrits et effectués ou dispensés par l'ensemble des acteurs du système de santé en ville et à l'hôpital, en remédiant à plusieurs omissions (arrêts de travail prescrits en établissement de santé, transports effectués en taxi

conventionné et dispositifs médicaux commercialisés par des prestataires de service) (*ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé*).

34. Adopter des références non commerciales pour la prescription dématérialisée des médicaments et des dispositifs médicaux et définir des modalités de codification des prescriptions dématérialisées d'actes de biologie, d'auxiliaires médicaux et d'autres médecins (*ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Agence du numérique de santé et Cnam*).
35. Dans le cadre du programme qui succèdera à Hop'en en 2023, garantir le raccordement des systèmes d'information hospitaliers aux services de prescription dématérialisée mis en place par l'assurance maladie et une authentification individuelle effective des professionnels prescripteurs à l'hôpital (*ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam*).

Chapitre IX – La reconnaissance et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles : un dispositif complexe à moderniser

36. Contrôler et améliorer les modalités d'imputation des frais de santé à la branche AT-MP (*ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam*).
37. Accélérer les adaptations nécessaires des tableaux existants des maladies professionnelles en prévoyant notamment leur mise en œuvre par une décision du directeur général de la Cnam après avis de la commission des AT-MP (*ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, secrétariat d'État chargé des retraites et de la santé au travail, Cnam*).
38. Homogénéiser, notamment par une évolution du barème, la détermination des taux d'incapacité et l'énumération des situations susceptibles de justifier l'application d'un coefficient professionnel (*ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam*).
39. Rendre plus efficace l'accompagnement à la reprise du travail par une intervention précoce auprès des salariés, en lien avec leur médecin traitant, en associant durant l'arrêt de travail l'employeur et les services de santé au travail (*ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, secrétariat d'État chargé des retraites et de la santé au travail, Cnam*).

Chapitre X – Le minimum vieillesse et l'allocation de rentrée scolaire : une contribution forte à la réduction de la pauvreté, des performances de gestion contrastées

Pour l'allocation de solidarité aux personnes âgées :

40. Mieux intégrer les spécificités de l'Aspa dans la définition et la mise en œuvre des dispositifs de contrôle interne et en mesurer l'efficacité au travers d'un indicateur spécifique de risque résiduel, dont l'analyse permettra une amélioration de la qualité de la liquidation (*ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, caisses de retraite*) ;
41. S'appuyer sur l'analyse de données pour identifier les bénéficiaires potentiels de l'Aspa et renforcer les actions d'information en leur direction, dans le but de réduire le taux de non-recours (*ministère chargé de la sécurité sociale, Cnav, CCMSA*) ;
42. Engager un chantier de simplification des règles encadrant l'Aspa et intensifier les travaux de dématérialisation et d'automatisation de ses processus de gestion (*ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, FSV, Cnav, CCMSA*) ;

Pour l'allocation de rentrée scolaire :

43. Utiliser dès que possible le dispositif ressources mensuelles (DRM) pour permettre la prise en compte des ressources plus récentes que celles de l'année N-2 (*Cnaf*).
44. Mettre à l'étude, dans un souci de cohérence et de simplification, la suppression de la réduction d'impôt pour frais de scolarité dans l'enseignement secondaire et le redéploiement de la dépense, à coût budgétaire constant, pour ajuster les montants de l'ARS attribuée aux collégiens et lycéens des familles modestes (*ministère chargé de la sécurité sociale, ministère chargé du budget*).

Première partie

Contenir les dépenses et l'endettement de la sécurité sociale

Chapitre I

La trajectoire financière de la sécurité sociale à partir de 2020 : le défi des conséquences de la crise sanitaire

PRÉSENTATION

Conçue pour protéger la population des conséquences de la survenue de différents risques, en particulier la maladie, la sécurité sociale a joué un rôle déterminant durant la crise sanitaire qui, a fortement affecté les conditions de son équilibre financier. Les impacts de cette crise sur les finances publiques ont fait l'objet de plusieurs publications de la Cour⁴. Ses conséquences sur les comptes de la sécurité sociale sont ici analysées.

En 2020, les régimes de base de sécurité sociale et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui finance une partie des droits non contributifs de retraite, ont connu un déficit très élevé, à hauteur de 39,7 Md€ (contre 1,7 Md€ en 2019), soit 1,7 point de PIB. Les recettes de la sécurité sociale ont baissé et les dépenses d'assurance maladie ont fortement augmenté. La dette sociale, en diminution continue depuis 2015, est repartie à la hausse. Les projets de tableaux d'équilibre et patrimonial relatifs à l'exercice 2020, soumis à l'approbation du Parlement dans le projet de loi de financement pour 2022 (voir annexe du présent chapitre), traduisent ces évolutions.

Selon le projet de loi de financement pour 2022⁵, le déficit se réduirait peu en 2021, atteignant encore près de 35 Md€. Les recettes sont très dynamiques sous l'effet du rebond de l'activité économique, qui dépasse la prévision de la loi de financement pour 2021. Mais les dépenses augmentent presque aussi vite, sous le double effet des accords du « Ségur de la santé » et des besoins de financement liés à la poursuite de la crise sanitaire.

Au-delà de 2021, les prévisions présentent des incertitudes élevées. Compte tenu d'une forte croissance, le déficit continuerait à se réduire en 2022 et à nouveau en 2023. À partir de 2024, cet effet de rattrapage de l'activité serait épuisé et le déficit stagnerait sensiblement au-dessus de 10 Md€ par an.

En 2020, la sécurité sociale a enregistré un déficit sans précédent (I), En raison du dynamisme des dépenses d'assurance maladie, le déficit se maintiendrait à un niveau très élevé en 2021, malgré l'effet favorable sur les recettes de la forte reprise de l'activité économique (II). Afin de prévenir la permanence de déficits massifs, la définition d'une trajectoire de retour à l'équilibre axée sur la maîtrise des dépenses est désormais nécessaire (III).

⁴ Voir notamment *Le budget de l'État en 2020*, avril 2021, *Une stratégie de finances publiques pour la sortie de crise*, juin 2021, La Documentation française, disponible sous www.ccomptes.fr et *Les dépenses publiques pendant la crise sanitaire et le bilan opérationnel de leur utilisation*, communication à la commission des finances de l'Assemblée nationale, juillet 2021, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁵ Le PLFSS 2022 a été présenté le 24 septembre par le ministre des solidarités et de la santé et le ministre délégué chargé des comptes publics.

I - La dégradation des finances sociales en 2020

A - Un déficit 2020 d'un niveau inédit

1 - Une interruption de la trajectoire de rétablissement des comptes sociaux dès avant la crise sanitaire

En 2010, à la suite de la récession économique de 2009 provoquée par la crise financière, le déficit agrégé de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV)⁶ avait atteint le niveau le plus élevé jamais enregistré (29,6 Md€, soit 1,5 % du PIB).

Après une décrue continue jusqu'en 2018, le déficit avait légèrement augmenté en 2019 pour s'établir à 1,7 Md€.

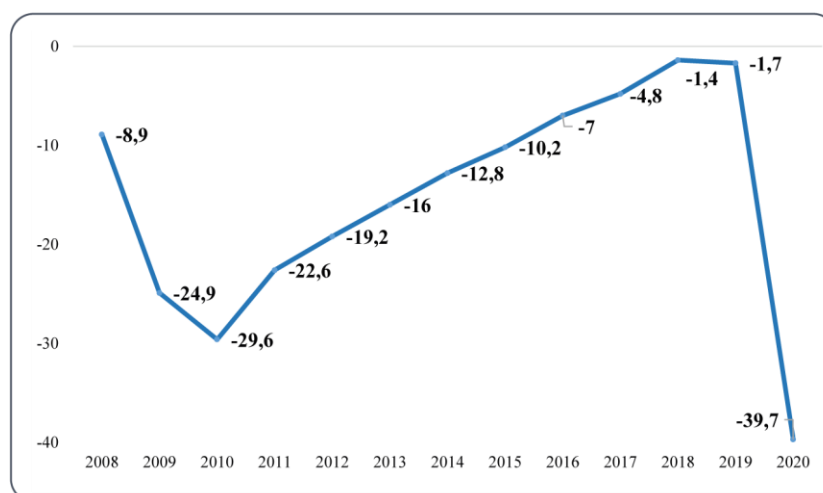
Malgré un environnement économique favorable, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020 prévoyait un déficit de 5,9 Md€, dont 5,4 Md€ pour le régime général et le FSV. Les rentrées sociales abondantes de 2019, qui avaient conduit à un déficit 2019 moindre que prévu en LFSS 2020, permettaient, par un effet de base favorable, d'anticiper un déficit 2020 lui aussi moins élevé.

2 - La hausse du déficit en 2020

La crise de la covid 19 est à l'origine d'une rupture dans la trajectoire financière de la sécurité sociale. En 2020, le déficit agrégé des régimes obligatoires de base et du FSV a atteint 39,7 Md€, soit 1,7 % du PIB, dont 38,7 Md€ pour le régime général et le FSV. Il dépasse celui de 2010 (1,5 % du PIB), au plus fort des effets de la récession économique de 2009. Par rapport à la prévision de la LFSS 2020, le déficit du régime général et du FSV s'est trouvé dégradé de 33,2 Md€.

⁶ Le FSV finance une partie des droits non contributifs de retraite.

**Graphique n° 1 : évolution du déficit agrégé des régimes obligatoires
de base de la sécurité sociale et du FSV (2008-2020, en Md€)**



Source : Cour des comptes d'après les données des comptes définitifs des régimes de sécurité sociale pour l'exercice 2020 et du rapport de la CCSS de juin 2021

Les produits nets du régime général et du FSV ont baissé de 11,8 Md€ par rapport à 2019 (- 2,9 %), soit une moins-value de 18,8 Md€ par rapport à la prévision de la LFSS 2020. Pour leur part, les charges nettes ont augmenté de 24,9 Md€ par rapport à 2019 (+ 6,9 %), dont 14,6 Md€ au-delà de la prévision de la LFSS 2020.

Toutes les branches ont enregistré des déficits, même les branches famille et AT-MP, structurellement excédentaires.

Tableau n° 1 : soldes 2020 comparés à la prévision initiale et à 2019

<i>En Md€</i>	Réalisé 2020	LFSS 2020	Écart	Réalisé 2019	Écart
Maladie	-30,4	-3,3	-27,1	-1,5	-28,9
AT-MP	-0,2	1,4	-1,6	1,0	-1,2
Famille	-1,8	0,7	-2,5	1,5	-3,3
Vieillesse	-3,7	-2,7	-1,0	-1,4	-2,3
Régime général	-36,2	-4,1	-32,1	-0,4	-35,8
FSV	-2,5	-1,4	-1,1	-1,6	-0,9
Vieillesse + FSV	-6,2	-4,1	-2,1	-3,0	-3,2
Total RG + FSV	-38,7	-5,4	-33,2	-1,9	-36,8
Régimes obligatoires de base	-37,3	-4,5	-32,8	-0,1	-37,2
Total ROB + FSV	-39,7	-5,9	-33,8	-1,7	-38,0

Source : Cour des comptes d'après la LFSS 2020 et les comptes définitifs 2019 et 2020

Note : la ligne relative aux régimes obligatoires de base inclut le régime général.

Le déficit de la branche maladie (30,4 Md€ en 2020 contre 1,5 Md€ en 2019) représente la plus grande partie du déficit global. Cette branche a subi à la fois une chute des produits (- 6,9 Md€ par rapport à 2019) et une hausse massive des charges (+ 22,2 Md€) expliquant l'essentiel de la hausse des dépenses du régime général.

La faible augmentation du déficit combiné de la branche vieillesse et du FSV (lequel atteint 6,2 Md€) traduit un élément exceptionnel : le versement de la soulte des industries électriques et gazières (IEG) gérée par le Fonds de réserve pour les retraites, majoré des gains financiers réalisés (soit 5 Md€)⁷.

Si le déficit de l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale et du FSV (39,7 Md€) dépasse de 1 Md€ celui du régime général et du FSV, c'est en raison principalement de la hausse continue depuis 2018 du déficit de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales

⁷ La loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a prévu le versement intégral en 2020 par le fonds de réserve des retraites (FRR) à la branche vieillesse de la fraction de la soulte versée en 2005 par les IEG au titre de l'adossement à celle-ci de leur régime spécial de retraite.

(CNRACL), gestionnaire des retraites des fonctionnaires hospitaliers et territoriaux (1,5 Md€ après 0,7 Md€ en 2019 et 0,5 Md€ en 2018)⁸.

3 - Une exécution finale 2020 favorable par rapport à la prévision faite par la LFSS 2021

Ce n'est qu'au stade du dépôt du PLFSS 2021, le 7 octobre 2020, que les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses de la LFSS 2020 ont été révisés.

La loi de financement (LFSS) pour 2021⁹, qui prenait en compte les hypothèses macroéconomiques de la 4^{ème} loi de finances rectificative (LFR) pour 2020¹⁰, avait prévu pour 2020 un déficit du régime général et du FSV de 49 Md€ en fonction d'hypothèses de recul de la masse salariale de 8,9 % et du PIB de 11 %¹¹. Le déficit 2020 constaté définitivement au printemps 2021 a été réduit de 10,3 Md€, en raison de recettes plus abondantes que prévues, la situation macro-économique étant moins dégradée qu'attendu. Cet écart souligne la difficulté à apprécier les incidences de la crise compte tenu des fortes incertitudes sanitaires et macro-économiques et des multiples dispositifs de soutien aux entreprises¹².

B - Une chute des recettes

Les produits du régime général et du FSV, nets de charges de recouvrement, ont baissé en 2020 de 11,8 Md€ (- 2,9 %) par rapport à 2019 et ont été inférieurs de 18,8 Md€ par rapport à la prévision de la LFSS 2020. Les produits les plus importants – par ordre décroissant d'importance les cotisations sociales, la CSG et la TVA – se sont réduits, tandis que les charges liées à leur non-recouvrement ont crû.

⁸ Malgré les relèvements successifs des taux de cotisation (jusqu'en 2020 compris), les produits du régime augmentent moins vite que les charges de prestations, dont la dynamique traduit le flux des départs à la retraite.

⁹ Loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

¹⁰ Loi du 30 novembre 2020 de finances rectificative pour 2020.

¹¹ Dans son avis du 2 novembre 2020, le Haut conseil des finances publiques avait estimé que, dans un contexte de forte incertitude lié à la crise sanitaire, cette prévision supposait une dégradation marquée de l'activité au quatrième trimestre. De fait, l'activité s'est maintenue à un niveau supérieur à la prévision du Gouvernement.

¹² L'écart entre la prévision et le réalisé est trois fois supérieur à celui constaté en 2019 (3,5 Md€), déjà inhabituel par son montant (0,7 Md€ en moyenne de 2014 à 2018).

**Tableau n° 2 : produits nets 2020 du régime général
et du FSV par nature**

<i>En Md€</i>	Réalisé 2020	LFSS 2020	Écart	Écart en %	Réalisé 2019	Écart	Écart en %
<i>Cotisations sociales brutes</i>	191,9	208,1	-16,2	-7,8%	203,7	-11,8	-5,8%
<i>dont salariés</i>	181,5				190,0	-8,4	-4,4%
<i>dont non-salariés</i>	8,3				11,3	-3,1	-27,0%
<i>Cot. prises en charge p. l'État (nettes)</i>	6,5	5,0	1,5	30,0%	5,3	1,2	22,6%
<i>CSG brute</i>	97,3	102,0	-4,7	-4,6%	100,8	-3,5	-3,5%
<i>dont sur revenus d'activité</i>	63,0				66,7	-3,8	-5,7%
<i>dont sur revenus de remplacement</i>	22,1				20,9	1,2	5,8%
<i>dont sur revenus du capital</i>	11,7				12,5	-0,7	-5,9%
<i>Autres contributions brutes</i>	8,0	6,7	1,3	19,4%	6,8	1,2	17,6%
<i>Impôts et taxes bruts</i>	77,2	79,4	-2,2	-2,8%	77,0	0,2	0,3%
<i>dont TVA nette</i>	36,8	40,8	-4,0	-9,8%	41,0	-4,2	-10,2%
<i>dont droits tabac</i>	14,8	13,5	1,3	9,6%	13,0	1,8	13,8%
<i>dont taxe sur les salaires</i>	14,5	14,6	-0,1	-0,7%	12,3	2,2	17,9%
<i>Charges de non-recouvrement</i>	-7,5	-1,7	-5,8	341,2%	-1,6	-5,9	368,8%
<i>Transferts nets reçus</i>	8,9	3,7	5,2	140,5%	4,0	4,9	122,5%
<i>Autres produits nets</i>	8,3	6,3	2,0	31,7%	6,7	1,6	23,9%
Total produits RG + FSV	390,8	409,6	-18,8	-4,6%	402,6	-11,8	-2,9%

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

En dehors de la branche vieillesse, qui a bénéficié du versement de la soulte des IEG, les produits de l'ensemble des branches, ainsi que ceux du FSV, ont diminué par rapport à 2019.

**Tableau n° 3 : produits nets 2020 du régime général
et du FSV**

<i>En Md€</i>	Réalisé 2020	LFSS 2020	Écart	Écart en %	Réalisé 2019	Écart	Écart en %
Maladie	208,3	219,2	-10,9	-5,0%	215,2	-6,9	-3,2%
AT-MP	12,1	13,5	-1,4	-10,4%	13,2	-1,1	-8,4%
Famille	48,2	51,0	-2,8	-5,5%	51,4	-3,2	-6,2%
Vieillesse	135,9	139,0	-3,1	-2,2%	135,7	0,2	0,1%
Régime général	391,6	409,4	-17,9	-4,4%	402,4	-10,9	-2,7%
FSV	16,7	18,2	-1,5	-8,2%	17,2	-0,5	-3,0%
RG+FSV	390,8	409,6	-18,8	-4,6%	402,6	-11,8	-2,9%

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

L'évolution défavorable des produits nets a quatre causes essentielles : les effets de la récession économique ; le recours massif à l'activité partielle par les employeurs de salariés ; la réduction drastique des montants de prélèvements sociaux appelés auprès des travailleurs indépendants ; la hausse des charges de dépréciations de créances de prélèvements sociaux sur les employeurs et les travailleurs indépendants.

1 - Les effets de la récession économique sur l'emploi, la consommation et les revenus du capital

En 2020, l'activité économique a subi une récession brutale de 7,9 %, conséquence des décisions de confinement et de fermeture de certaines activités pour protéger la population.

En moyenne annuelle, l'emploi salarié a baissé de 1,2 %, ce qui contribue à expliquer la baisse des cotisations sociales et de la CSG sur les revenus d'activité.

Les recettes de TVA, qui représentent un cinquième de celles de la branche maladie, ont reculé de 4,2 Md€ (- 10,2 %), sous l'effet notamment de la baisse de la consommation des ménages (- 6,5 %), mais aussi d'une

mesure de périmètre (- 0,9 Md€) ayant pour contrepartie une autre mesure portant sur la taxe sur les salaires¹³.

La crise a par ailleurs eu des effets contrastés entre la CSG sur les revenus du patrimoine, stables ou presque (- 0,6 %), et celle sur les revenus de placement (- 11 %), qui ont subi l'effet de la chute brutale des cours boursiers en mars 2020, suivie d'une remontée progressive.

2 - Le recours à l'activité partielle

La masse salariale a reculé plus fortement que l'emploi salarié (- 5,7 %, contre - 1,4 % lors de la crise de 2009). En effet, le niveau du salaire moyen par tête a baissé de - 4,6 % sous l'effet de la substitution d'indemnités d'activité partielle, qui sont des revenus de remplacement, à une partie des revenus d'activité. Au niveau le plus élevé d'utilisation de ce dispositif par les employeurs, en avril 2020, 8 millions de salariés percevaient des indemnités d'activité partielle ; en moyenne mensuelle, cela a été le cas de trois millions d'entre eux en 2020.

Le recours à l'activité partielle a permis de limiter la hausse du chômage pendant la crise sanitaire. Toutefois, l'activité partielle réduit l'assiette des recettes de la sécurité sociale (et de l'Unédic) : en tant que revenus de remplacement, les indemnités d'activité partielle sont en effet exonérées de cotisations sociales patronales. L'assiette perdue des cotisations au titre des salariés du secteur privé, toutes causes confondues, atteint 34,1 Md€, tandis que l'assiette gagnée par l'activité partielle s'élève à 24,7 Md€. La substitution des indemnités d'activité partielle aux revenus salariaux est à l'origine de la majeure partie¹⁴ des 8,8 Md€ de pertes de cotisations des salariés du secteur privé en 2020 par rapport à 2019.

Par ailleurs, les indemnités d'activité partielle sont soumises à un taux de CSG de 6,2 %, contre 9,2 % pour les revenus d'activité. Tous affectataires confondus, la CSG sur les revenus d'activité des salariés du secteur privé a baissé de 3,4 Md€, tandis que la CSG sur les allocations

¹³ En 2020, la compensation des pertes de contributions patronales d'assurance chômage par l'Acoss, dans le cadre du renforcement des allègements généraux de cotisations au 1^{er} janvier 2019, n'est plus assurée par une fraction de taxe sur les salaires, mais par une fraction de TVA.

¹⁴ Le calcul précis supposerait de prendre en compte la diversité des dispositifs d'allègements généraux ou spécifiques auxquels les entreprises auraient pu prétendre en l'absence d'activité partielle.

chômage et les indemnités d'activité partielle a crû de 1 Md€, soit un impact défavorable sur les produits de 2,4 Md€.

En dehors de l'activité partielle, le dynamisme de la CSG sur les revenus de remplacement traduit l'incidence de la hausse des indemnités journalières à hauteur de + 0,2 Md€ (voir *infra*).

Pour sa part, la hausse de la masse salariale du secteur public (+ 2,2 %) traduit l'incidence des surcoûts salariaux liés à la crise dans les établissements de santé et médico-sociaux (voir *infra*) et l'effet retour des revalorisations salariales des accords du « Ségur de la santé » (0,4 Md€).

3 - Une réduction de moitié des montants de prélèvements sociaux appelés auprès des travailleurs indépendants

Afin d'alléger la trésorerie des travailleurs indépendants (artisans-commerçants et professions libérales, hors micro-entrepreneurs), leurs cotisations et contributions sociales (CSG notamment) ont été appelés, en pratique, sur 6 mois ou deux trimestres.

L'ensemble des appels de cotisations et de contributions sociales mensuelles ou trimestrielles provisionnelles, établis sur le dernier revenu connu, a tout d'abord été suspendu de mars à août 2020, soit pendant 6 mois.

Afin de prévenir un ressaut brutal lors de la reprise des appels en septembre, le montant de appels de prélèvements sociaux provisionnels au titre de l'ensemble de l'année 2020 a été recalculé : les prélèvements ont été appelés de septembre à décembre sur la base de 50 % des derniers revenus professionnels connus (2019 en général), déduction faite des sommes déjà appelées en janvier et février. Si les cotisants avaient la faculté de modifier cet échéancier, 80 % d'entre eux ont choisi de bénéficier de la minoration.

Cette mesure a entraîné une chute des produits de cotisations et de contributions comptabilisés en 2020 par rapport à 2019 (- 5,6 Md€, soit - 35,8 %).

La déclaration par les travailleurs indépendants de leurs revenus professionnels 2020, en mai-juin 2021, permet de déterminer le montant définitif des prélèvements sociaux 2020 à leur charge. Compte tenu d'une diminution des revenus 2020 moindre que celle de 50 % prise en compte pour calculer les montants appelés en 2020 (voir *supra*), une importante régularisation des prélèvements non appelés en 2020 sera comptabilisée en 2021. Selon la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de

septembre 2021, cette régularisation aurait un impact favorable de 4,1 Md€ sur le montant du solde 2021 du régime général et du FSV¹⁵.

4 - La hausse des dépréciations de créances de prélèvements sociaux sur les cotisants

Enfin, les charges liées au non-recouvrement des prélèvements sociaux sont passées de 1,6 Md€ en 2019 à 7,5 Md€ en 2020 (+5,9 Md€), sous l'effet de la hausse de l'assiette sur laquelle portent les dépréciations de créances : les restes à payer sur les prélèvements sociaux dus aux Urssaf au cours de l'année sont passés de 6,3 Md€ fin 2019 à 19,5 Md€ fin 2020, toutes catégories de cotisants et organismes attributaires confondus. Afin d'alléger leur trésorerie, les employeurs de salariés ont bénéficié de larges mesures de reports de paiement ; il en est allé de même pour les travailleurs indépendants sur les montants minorés qui ont été appelés auprès d'eux¹⁶.

**

Les autres produits n'ont compensé qu'en partie la baisse des cotisations, de la CSG et de la TVA, malgré leur dynamisme.

L'augmentation de la taxe sur les salaires (+ 2,2 Md€, soit + 17,9 %, par rapport à 2019) traduit un effet de périmètre (voir *supra*) et l'effet retour des surcoûts salariaux liés à la crise dans les hôpitaux publics et des revalorisations salariales du « Ségur de la santé ».

La hausse des droits sur les tabacs (+ 1,8 Md€, soit + 13,8 %) reflète les deux dernières hausses prévues en LFSS 2018 (1^{er} mars et 1^{er} novembre 2020) et l'effet sur la consommation domestique de la fermeture temporaire des frontières.

Enfin, celle des contributions autres que la CSG (+ 1,2 Md€, soit + 17,6 %) traduit l'instauration par la LFSS 2021 d'une contribution exceptionnelle en 2020 et 2021 sur les sommes versées par les adhérents à des contrats d'assurance complémentaire santé (1 Md€ constatés pour 2020

¹⁵ Ce montant confirme le risque identifié par la Cour de sous-estimation des produits de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants comptabilisés en 2020, du fait de leurs modalités particulières d'appel cette même année, par rapport à ceux issus des déclarations de revenus professionnels 2020 effectuées en 2021. Sur ce point, voir Cour des comptes, *Certification des comptes du régime général de sécurité sociale - exercice 2020*, mai 2021, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁶ Voir chapitre IV du présent rapport : « Les organismes de sécurité sociale dans la crise sanitaire, premiers constats ».

et 0,5 Md€ attendus en 2021). Dans le contexte de la crise sanitaire, l'assurance maladie a couvert des dépenses de ville (tickets modérateurs des téléconsultations) ou compensé des pertes de recettes des établissements de santé (tickets modérateurs, forfaits journaliers hospitaliers) relevant en temps ordinaire des complémentaires santé, tandis que la baisse d'activité des professionnels et des établissements de santé lors du confinement de la population leur a permis de réaliser certaines économies.

C - Une hausse des dépenses imputable aux effets directs et indirects de la crise sanitaire

En 2020, les charges nettes du régime général et du FSV ont atteint 429,4 Md€, soit une hausse de 24,9 Md€ par rapport à 2019 (+ 6,2 %) et un dépassement de 14,6 Md€ de l'objectif de dépenses de la LFSS 2020 (+ 3,5 %). Cet écart se concentre sur la branche maladie, qui a porté l'essentiel des dépenses liées à des mesures de crise.

Tableau n° 4 : charges nettes des branches du régime général et du FSV

<i>en Md€</i>	Réalisé 2020	LFSS 2020	Écart	Écart en %	Réalisé 2019	Écart	Écart en %
Maladie	238,8	222,3	16,5	7,4%	216,6	22,2	10,2%
AT-MP	12,3	12,2	0,1	0,6%	12,2	0,1	0,6%
Famille	50,0	50,3	-0,3	-0,7%	49,9	0,1	0,1%
Vieillesse	139,6	141,7	-2,1	-1,5%	137,1	2,5	1,9%
Total régime général	427,8	413,2	14,6	3,5%	402,8	25,0	6,2%
FSV	19,1	18,2	0,9	5,1%	18,8	0,3	1,7%
Régime général + FSV	429,4	414,8	14,6	3,5%	404,5	24,9	6,2%

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

1 - Un dépassement de l'Ondam proche de 14 Md€

La LFSS 2020 avait fixé l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam)¹⁷ pour 2020 à 205,6 Md€. Compte tenu d'une première traduction de l'engagement gouvernemental d'augmenter les concours aux hôpitaux publics¹⁸, le taux d'évolution de + 2,45 % retenu marquait une accélération par rapport à l'objectif pluriannuel de + 2,3 % fixé par la loi de programmation des finances publiques 2018-2022¹⁹.

Tableau n° 5 : exécution 2020 de l'Ondam comparée à l'objectif initial de la LFSS 2020 et à l'exécution 2019

<i>En M€</i>	Réalisé 2020 (p)	LFSS 2020	Écart	Écart en %	Réalisé 2019	Écart	Écart en %
Soins de ville	94 919	93 575	1 343	1,4%	91 320	3 599	3,9%
Établissements de santé	89 726	84 383	5 343	6,3%	82 505	7 221	8,8%
Établissements médico- sociaux	23 970	21 626	2 344	10,8%	20 957	3 013	14,4%
Fonds d'intervention régional	3 905	3 563	342	9,6%	3 527	378	10,7%
Autres prises en charge	7 028	2 402	4 626	192,5%	2 254	4 774	211,7%
Total ONDAM	219 547	205 550	13 997	6,8%	200 563	18 984	9,5%

Nota : l'exécution 2019 est décrite au périmètre de 2020.

Source : Cour des comptes d'après le rapport de la CCSS de juin 2021

¹⁷ Pour une présentation de l'Ondam, voir chapitre III du présent rapport : « Les dépenses d'assurance maladie : une régulation à rénover ».

¹⁸ Le gouvernement s'était engagé en novembre 2019 à augmenter à ce titre de 1,5 Md€ l'Ondam entre 2020 et 2022, une première hausse de 0,3 Md€ intervenant en 2020.

¹⁹ Loi n° 2018-32 du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022.

Selon les données provisoires de juin 2021 auditées par la Cour²⁰ et commentées dans ce rapport, le montant des dépenses exécutées relevant de l'Ondam s'est établi en 2020 à 219,5 Md€, ce qui marque une hausse de 19 Md€ (+ 9,5 %) par rapport à 2019. Par rapport au montant fixé par la LFSS 2020, l'objectif a été dépassé de 14 Md€ alors qu'il avait toujours été respecté au cours des dix années précédentes.

Depuis lors, le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2021 a légèrement réduit le montant du constat provisoire de l'Ondam, à 219,4 Md€, soit un dépassement de 13,8 Md€ de l'objectif initial. L'écart avec le constat provisoire de juin correspond notamment à l'effet net des régularisations des avances versées aux professionnels conventionnés au titre du dispositif d'indemnisation de leur perte d'activité en 2020 (Dipa), par rapport au montant de charges provisionné à ce titre par la branche maladie du régime général à l'arrêté des comptes de l'exercice 2020 (voir *infra*).

Dans le constat provisoire de juin 2021, l'augmentation de 14 Md€ par rapport à la prévision initiale recouvre :

- 24,4 Md€ de dépenses additionnelles, dont 22 Md€ liées directement à la crise sanitaire²¹ et 2,4 Md€ indirectement liées à celle-ci (1,4 Md€ de revalorisations salariales dans les établissements de santé et médico-sociaux au titre du « Ségur de la santé » et 1 Md€ de dépassement pour les indemnités journalières de droit commun) ;
- de moindres dépenses, imputables pour l'essentiel à la baisse d'activité des acteurs du système de santé pendant les périodes de confinement, et pouvant être estimées à 8 Md€ au total²² ;
- un surcroît de 2,4 Md€ de recettes venant en réduction des dépenses : contribution exceptionnelle à la charge des complémentaires santé instaurée par la LFSS 2021 en lien avec la crise sanitaire (1 Md€) et

²⁰ L'Ondam définitif n'est arrêté qu'en année n+2, après connaissance du montant définitif des remises pharmaceutiques et des dépenses de soins rattachées à l'exercice.

²¹ Par rapport aux présentations de la CCSS, la Cour intègre au décompte des dépenses additionnelles directement liées à la crise sanitaire les garanties de financement accordées aux établissements de santé publics et privés du fait de la diminution de leur activité en 2020 (voir *infra*). De même, elle intègre aux moindres dépenses l'incidence de cette diminution sur les financements que l'assurance maladie procure habituellement aux établissements de santé au titre de leur activité.

²² Dont environ 4 Md€ pour les soins de ville selon la CCSS, et 0,4 Md€ pour les établissements médico-sociaux selon l'estimation de la Cour. Les données disponibles ne permettent pas d'appréhender avec une précision suffisante le montant relatif aux établissements de santé.

remises sur les prix publics des produits de santé versées par les entreprises pharmaceutiques, qui ont dépassé 4 Md€ (+ 1,4 Md€)²³, et dont l'évolution n'a pas de lien avec la crise sanitaire.

a) Des soins de ville toujours dynamiques malgré les effets très forts de la crise sanitaire

Les dépenses de soins de ville, d'un montant de 94,9 Md€, ont augmenté de 3,6 Md€, soit + 3,9 % par rapport à 2019 (après + 2,6 % en 2019 par rapport à 2018). Cette hausse globale intègre une sur-exécution de 1,3 Md€ par rapport au montant prévu par la LFSS 2020. Elle recouvre toutefois des évolutions de sens contraire, en lien avec la crise.

Tableau n° 6 : exécution 2020 des soins de ville comparée à l'objectif initial de la LFSS 2020 et à l'exécution 2019

<i>En M€</i>	Réalisé 2020 (p)	LFSS 2020	Écart	Écart en %	Réalisé 2019	Écart	Écart en %
Honoraires médicaux et dentaires	23 448	25 515	-2 067	-8,1%	24 685	-1 237	-5,0%
<i>dont médecins généralistes</i>	5 869	6 227	-357	-5,7%	6 206	-337	-5,4%
<i>dont médecins spécialistes</i>	11 876	13 037	-1 161	-8,9%	12 646	-770	-6,1%
<i>dont chirurgiens-dentistes</i>	3 602	4 200	-598	-14,2%	3 883	-281	-7,2%
Honoraires paramédicaux	13 327	13 919	-592	-4,3%	13 260	66	0,5%
<i>dont infirmiers</i>	8 757	8 562	195	2,3%	8 123	634	7,8%
<i>dont masseurs-kinésithérapeutes</i>	3 755	4 402	-648	-14,7%	4 219	-465	-11,0%
Biologie	5 302	3 530	1 773	50,2%	3 562	1 740	48,9%
<i>dont tests diagnostiques</i>	1 924		1 924			1 924	
Transport des malades	4 251	4 877	-626	-12,8%	4 695	-444	-9,5%
Indemnités journalières	15 517	12 731	2 785	21,9%	12 330	3 187	25,8%
<i>dont IJ dérogatoires</i>	1 612		1 612			1 612	
Prise en charge cotisations	2 560	2 659	-100	-3,7%	2 610	-50	-1,9%
Montant provisionné au titre de la compensation de	1 450		1 450			1 450	

²³ Les produits de remises 2020 intègrent 0,7 Md€ se rattachant en réalité à 2019.

<i>En M€</i>	Réalisé 2020 (p)	LFSS 2020	Écart	Écart en %	Réalisé 2019	Écart	Écart en %
la perte d'activité des professionnels							
Contribution organismes complémentaires	-971		-971			-971	
Autres dépenses	251	400	-148	-37,1%	409	-158	-38,6%
Total ville hors produits de santé	65 134	63 631	1 503	2,4%	61 551	3 584	5,8%
Médicaments	24 909	24 039	869	3,6%	24 091	818	3,4%
Remises conventionnelles	-2 523	-1 826	-697	38,2%	-1 724	-799	46,3%
Dispositifs médicaux	7 398	7 581	-182	-2,4%	7 402	-4	0,0%
Total produits de santé	29 784	29 794	-10	0,0%	29 769	15	0,1%
Réserve prudentielle	0	150	-150	-100,0%			
Total soins de ville	94 919	93 575	1 344	1,4%	91 320	3 599	3,9%

Nota : l'exécution 2019 est décrite au périmètre de 2020.

Source : Cour des comptes d'après les informations de la direction de la sécurité sociale (juin 2021)

Selon la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de juin 2021, la crise sanitaire a engendré 6,8 Md€ de surcoûts par rapport à la prévision de la LFSS 2020, notamment : 2,7 Md€ d'indemnités journalières, 2,2 Md€ de tests PCR et antigéniques effectués par les laboratoires de ville, des infirmiers et des pharmaciens, 0,2 Md€ liés à la non-application de baisses tarifaires prévues (médicaments vendus en officine, actes de biologie) et une provision de 1,45 Md€ au titre du dispositif de compensation de la perte d'activité des professionnels conventionnés (Dipa).

En sens inverse, le premier confinement aurait suscité 4,5 Md€ de moindres dépenses²⁴ : honoraires des médecins généralistes et spécialistes, des chirurgiens-dentistes et des masseurs-kinésithérapeutes, transports de patients et biologie médicale hors tests RT-PCR (voir tableau n° 5 *supra*). Le Dipa a compensé une part importante des pertes en question²⁵.

Certaines professions ou activités font toutefois exception. C'est le cas des infirmiers libéraux. Le montant des honoraires qui leur sont versés

²⁴ Malgré le développement accéléré par les confinements des prestations de télésanté (0,5 Md€) prises en charge à 100 % par l'assurance-maladie.

²⁵ Par exemple, pour les médecins généralistes, la perte moyenne d'honoraires avant Dipa atteint - 6,1 % mais est ramenée à - 4,1 % après Dipa. Pour les chirurgiens-dentistes, elle passe de - 9,4 % à - 2,1 %.

a fortement augmenté (+ 7,8 % contre + 4,0 % en 2019), sous l'effet notamment de revalorisations et de la réalisation des prélèvements nasopharyngés pour les tests RT-PCR. Les dépenses de médicaments et d'honoraires des pharmaciens ont accéléré (+ 3,9 % après + 2,6 % en 2019), sous l'effet de la hausse des ventes de médicaments, de la délivrance en officine de produits de santé onéreux jusque-là dispensés à l'hôpital, d'extensions d'indications de ces produits, de la réalisation de tests antigéniques et de revalorisations conventionnelles.

De manière générale, les revalorisations d'honoraires décidées dans le cadre des négociations conventionnelles ont un effet important sur les dépenses (au moins + 0,65 Md€), y compris pour des professions affectées par une baisse de leur activité (chirurgiens-dentistes).

La ligne de partage entre dépenses supplémentaires causées par la crise sanitaire et sans lien direct avec elles est parfois difficile à établir. Ainsi, les 2,7 Md€ de surcoûts indiqués au titre des indemnités journalières recouvrent 1,5 Md€ d'indemnités dérogatoires pour garde d'enfants ou cas contact, 0,2 Md€ au titre de la suppression du délai de carence de trois jours pour les arrêts maladie de droit commun (entre le 24 mars et le 10 juillet 2020, le système d'information de l'assurance maladie n'étant pas conçu pour gérer les motifs d'indemnisation) et un dépassement de 1 Md€ de la prévision pour les indemnités de droit commun. Les motifs de cette dernière hausse ne sont que partiellement établis : indemnisation d'assurés dans un cadre de droit commun et non dérogatoire, réduction des actions de contrôle sur les arrêts de travail, substitut le cas échéant à des indemnités d'activité partielle.

En outre, certains effets imputables à la crise sanitaire n'ont pas été isolés et chiffrés, tels que l'annulation des économies prévues au titre des actions de maîtrise médicalisée (0,7 Md€ initialement prévus en 2020²⁶ contre 0,4 Md€ constatés pour 2019).

Enfin, les dépenses liées à des prolongations de droits décidées dans le contexte de la crise sanitaire (notamment à une affection de longue durée - ALD - ouvrant droit à une prise en charge intégrale des tickets modérateurs par l'assurance maladie) n'ont pas été évaluées.

²⁶ Une incertitude affecte l'intégration ou non de cet objectif de la Cnam à la construction de l'Ondam 2020.

*b) Une hausse des financements attribués aux établissements de santé
inédictée et décorrélée du niveau global de leur activité*

Le taux de progression retenu par la LFSS 2020 pour les établissements de santé (+ 2,4 % comme en 2019), prenait en compte la poursuite de la réforme « parcours professionnels, carrières et rémunérations », le financement de dépenses d'investissement dans le cadre du plan « Ma santé 2022 » (0,5 Md€) et le financement de produits de santé innovants de la liste en sus (0,8 Md€). Comme le montre le tableau ci-après, les dépenses ont finalement augmenté de 7,2 Md€ par rapport à 2019 (+ 8,8 %), soit un dépassement de 5,3 Md€ de l'objectif initial.

Tableau n° 7 : exécution 2020 de l'Ondam hospitalier comparée à l'objectif initial de la LFSS 2020 et à l'exécution 2019

<i>En M€</i>	Réalisé 2020 (p)	LFSS 2020	Écart	Écart en %	Réalisé 2019	Écart	Écart en %
Médecine, chirurgie, obstétrique	56 238	52 211	4 027	7,7%	50 721	5 517	10,9%
dont MIGAC	12 125	7 335	4 790	65,3%	7 092	5 033	71,0%
Psychiatrie	10 861	10 546	315	3,0%	10 311	550	5,3%
Soins de suite et de réadaptation	6 616	6 527	89	1,4%	6 324	292	4,6%
Total ES publics et privés non lucratifs	73 715	69 284	4 431	6,4%	67 356	6 359	9,4%
Médecine, chirurgie, obstétrique	11 926	11 179	746	6,7%	11 039	887	8,0%
dont MIGAC	701	NC*			144	558	388,5%
Psychiatrie	808	818	-10	-1,2%	804	3	0,4%
Soins de suite et de réadaptation	2 579	2 406	173	7,2%	2 407	172	7,1%
Total ES privés lucratifs	15 312	14 403	909	6,3%	14 250	1 062	7,5%
Dotations non régulées	250	247	3	1,2%	252	-2	-0,9%
FMESPP	449	449	0	0,1%	647	-198	-30,6%

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

Note : la décomposition des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) entre secteurs n'est pas déterminée dans les objectifs.

Cette forte augmentation est intervenue dans un contexte de diminution de l'activité lors des confinements. À la connaissance de la Cour, les économies potentielles découlant de cette baisse globale d'activité n'ont pas été évaluées et prises en compte dans la détermination des dotations supplémentaires aux établissements de santé.

**En 2020, une forte baisse d'activité des établissements de santé,
mais une activité au titre de la covid 19 limitée en moyenne**

Selon les données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), en 2020, 11,1 millions de patients ont été pris en charge par les établissements de santé, tous statuts confondus, au titre de séjours de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), soit 1,3 million de moins qu'en 2019 (- 10,1 %). 16,4 millions de séjours sont intervenus, soit 2,2 millions de moins (- 11,6 %). Le nombre de journées d'hospitalisation en MCO (hors séances), soit 69,2 millions, a reculé dans une proportion voisine (- 9,8 %).

En moyenne nationale annuelle, l'activité d'hospitalisation liée à la covid a représenté en 2020 2,2 % des patients pris en charge en MCO et 4,4 % des journées d'hospitalisation correspondantes (hors séances). Les prises en charge au titre de la covid sont néanmoins plus lourdes que les autres prises en charge. Ainsi, la durée moyenne du séjour en hospitalisation complète (avec nuitée), quelle qu'en soit l'issue, est plus de deux fois plus élevée (11,5 jours contre 5,5 jours) et les patients infectés ont été à l'origine de 21,6 % des 2,2 millions de nuitées en unité de réanimation.

En l'absence de codification particulière, les actes et consultations externes liés à la covid ne sont pour leur part pas recensés.

L'assurance maladie a compensé les pertes de recettes publiques subies par les établissements de santé par une garantie de financement par rapport aux recettes de 2019 liées à leur activité (1,1 Md€ pour les établissements privés lucratifs et, avec des incertitudes, 3 Md€ pour les établissements publics et privés non lucratifs).

En outre, l'assurance maladie a financé les surcoûts pour les établissements de santé liés à la prime exceptionnelle « covid » (1,2 Md€) et aux tests de détection de la covid 19 (0,6 Md€), ainsi qu'un ensemble de dépenses supplémentaires de personnel et de matériels et de compensations de pertes de recettes habituellement procurées par les complémentaires santé ou les patients (3,4 Md€). Le ministère chargé de la santé n'a pu fournir un détail précis de ces surcoûts.

Enfin, 1,1 Md€ ont été consacrés aux revalorisations de rémunérations dans les établissements publics et privés prévues par les accords du « Ségur de la santé ».

c) L'attribution de moyens supplémentaires au secteur médico-social pour faire face aux conséquences de la crise sanitaire

L'augmentation en LFSS 2020 des sous-objectifs médico-sociaux (+ 3,3 %) traduisait des objectifs d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées et handicapées²⁷. En raison de la crise sanitaire, les dépenses ont finalement augmenté de 3 Md€ (+ 14,5 %) par rapport à 2019. Les Ehpad ont été les principaux bénéficiaires de cette augmentation.

Tableau n° 8 : exécution 2020 de l'Ondam médico-social comparée à l'objectif initial de la LFSS 2020 et à l'exécution 2019

<i>En M€</i>	Réalisé 2020 (p)	LFSS 2020	Écart	Écart en %	Réalisé 2019	Écart	Écart en %
Personnes âgées	11 958	9 958	2 000	20,1 %	9 578	2 379	24,8 %
Personnes handicapées	12 012	11 668	344	2,9 %	11 357	656	5,8 %
ONDAM médico-social	23 970	21 626	2 344	10,8%	20 935	3 035	14,5%

Source : Cour des comptes d'après le rapport de la CCSS de juin 2021

Initialement prévu à 23,2 Md€, l'objectif global de dépenses (OGD) géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui intègre les sous-objectifs de l'Ondam, mais aussi les financements sur les ressources propres de cet organisme, a suivi une évolution parallèle. Il s'est ainsi établi à 25,5 Md€, soit + 3,2 Md€ ou + 14,1 % par rapport à 2019.

La hausse des dépenses de l'OGD intègre 2,6 Md€ de dépenses supplémentaires : 1 Md€ de surcoûts de personnels et matériels (réorganisations des locaux et des prises en charge, renforts en personnel dans le contexte d'un absentéisme renforcé) ; 0,4 Md€ de compensation de pertes de recettes d'hébergement des Ehpad (impacts de la surmortalité et de la suspension de nouvelles admissions) ; 0,8 Md€ au titre de la prime exceptionnelle « Covid » ; 0,35 Md€ pour les revalorisations du Ségur.

²⁷ Développement de l'accès aux structures de répit pour les proches aidants, prime pour la formation des aides-soignants, création de nouvelles places, poursuite de la stratégie nationale contre l'autisme.

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

Le sous-objectif des « autres prises en charge » comprend la dotation exceptionnelle à Santé publique France de 4,8 Md€ pour l'achat et la distribution gratuite de masques et d'autres équipements de protection individuels (EPI), de matériel médical, de médicaments de réanimation, de tests, etc. À hauteur de 0,7 Md€, cette dotation a été affectée au budget du ministère de la santé, par la procédure d'un fonds de concours, en vue de financer des achats de biens et de services liés à la crise sanitaire²⁸.

La Cour a examiné ce fonds de concours, ainsi que d'autres fonds créés en 2021 sur le même modèle, dans une récente communication à la commission des finances de l'Assemblée nationale²⁹. Elle a recommandé de mettre en extinction ces fonds de concours et de financer les dépenses du ministère de la santé et des autres ministères (intérieur et éducation nationale) par des ouvertures de crédits à leurs budgets.

Les dépenses du sous-objectif du fonds d'intervention régional (FIR) ont atteint 3,9 Md€, soit un dépassement de 0,3 Md€ par rapport à la LFSS 2020 qui traduit la mobilisation par les agences régionales de santé de moyens pour la gestion locale de la crise.

2 - Une faible hausse des dépenses maladie et AT-MP hors Ondam

Les prestations maladie et AT-MP hors Ondam du régime général se sont élevées à 18 Md€ en 2020. Leur hausse s'est ralentie (+ 0,6 % après +1,6 % en 2019).

En effet, les pensions d'invalidité (6,7 Md€) ont moins augmenté qu'en 2019 (+ 1,4 % contre + 2,2 %) ; l'effet-volume (+ 0,7 %) de leur évolution traduit notamment l'incidence du relèvement de l'âge légal de départ en retraite. Pour leur part, les prestations d'incapacité permanente AT-MP (4,3 Md€) ont baissé (- 2 % contre + 0,4 % en 2019) sous l'effet du tassement du nombre de rentes servies³⁰. Les indemnités journalières

²⁸ Voir Mission Santé, note d'analyse de l'exécution budgétaire 2020, mai 2021, disponible sur www.ccomptes.fr.

²⁹ Voir *Les dépenses publiques pendant la crise sanitaire et le bilan opérationnel de leur utilisation*, communication à la commission des finances de l'Assemblée nationale, juillet 2021, disponible sur www.ccomptes.fr.

³⁰ Voir chapitre IX du présent rapport, « La reconnaissance et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles : un dispositif complexe à moderniser ».

maternité et paternité (3,2 Md€) ont quant à elles diminué (- 2,3 % contre + 2,1 %) du fait de la baisse du salaire moyen comme de la natalité.

3 - Des dépenses de la branche vieillesse peu affectées par la crise et toujours dynamiques

En 2020, les charges nettes de la branche vieillesse du régime général ont atteint 139,6 Md€, en retrait de 2,1 Md€ par rapport à la LFSS, mais en hausse de 2,5 Md€ par rapport à 2019 (+ 1,9 %). En leur sein, les charges brutes de prestations légales ont crû de 2,6 %, comme en 2019.

Tableau n° 9 : prestations légales du régime général

M€	2020			2019			Écart	Écart (%)
	Droits propres	Droits dérivés	Total	Droits propres	Droits dérivés	Total		
Pensions	113 199	11 404	124 603	110 278	11 311	121 589	3 014	2,5%
Minimum vieillesse	2 983	168	3 151	2 689	169	2 858	293	10,3%
Majorations	4 202	663	4 865	4 144	665	4 809	56	1,2%
Autres			1			-4	5	
Total	120 385	12 235	132 621	117 111	12 144	129 251	3 370	2,6%

Source : Cour des comptes d'après les comptes de la branche et le rapport de la CCSS de juin 2021

Tout d'abord, le nombre de bénéficiaires de pensions de droit propre (14,75 millions fin 2020) a peu augmenté (+ 0,3 % par rapport à fin 2019) : la crise sanitaire a ralenti le nombre de demandes de liquidation des droits à retraite (un peu plus de 634 000), tandis que les décès ont augmenté de 9 % par rapport à 2019.

En revanche, l'indexation a eu un impact plus important qu'en 2019 (+ 0,7 % contre + 0,3 % en moyenne) : en 2020, les retraites de base ont été revalorisées à hauteur de l'inflation hors tabac (+ 1 %) lorsque le total des prestations de base et complémentaire était inférieur à 2 000 € bruts mensuels, et, au-delà, au même niveau qu'en 2019 (+ 0,3 %).

Enfin, le montant moyen des prestations, hors revalorisation, a lui aussi augmenté (+ 1,5 % pour les droits propres), les nouveaux pensionnés ayant en moyenne des carrières plus favorables que ceux déjà en paiement.

Pour sa part, la forte augmentation (+ 10,3 %) du coût du minimum vieillesse³¹ en droits propres (3 Md€) traduit l'incidence de la dernière étape de la revalorisation exceptionnelle de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (+ 4 %) et la hausse du nombre de bénéficiaires de cette prestation différentielle (+ 4,3 %).

4 - Des dépenses de la branche famille dont la crise a en partie modifié la destination

En 2020, les charges nettes de la branche famille ont atteint 50,0 Md€. Leur quasi-stabilité (+ 0,1 % par rapport à 2019, - 0,6 % par rapport à la LFSS) traduit les effets de la démographie, de choix relatifs à la politique familiale et de la crise sanitaire.

Les charges brutes de prestations légales (31,3 Md€) ont légèrement baissé par rapport à 2019 (- 0,3 %).

Tableau n° 10 : prestations légales de la branche famille

(M€)	2020	2019	Écart	Écart (%)
Allocations en faveur de la famille	19 438	18 854	584	3,1 %
Allocations familiales	12 719	12 719	0	0,0 %
Complément familial	2 349	2 331	18	0,8 %
Allocation de soutien familial	1 794	1 771	23	1,3 %
Allocation de rentrée scolaire	2 576	2 034	543	26,7 %
Prestation d'accueil du jeune enfant	10 459	11 230	-771	-6,9 %
Prime naissance et allocation de base	3 681	3 927	-245	-6,2 %
Complément mode de garde	5 912	6 384	-472	-7,4 %
Prestation partagée d'éducation	865	919	-54	-5,8 %
Autres prestations	1 398	1 322	76	5,7 %
Dont : allocation éducation enfant handicapé	1 162	1 060	102	9,7 %
Total des prestations légales	31 295	31 407	-112	-0,4 %

Source : Cour des comptes d'après les comptes de la branche et le rapport de la CCSS de juin 2021

³¹ Voir chapitre X du présent rapport, « Le minimum vieillesse et l'allocation de rentrée scolaire ».

La stagnation des charges d'allocations en faveur de la famille reflète la baisse des naissances (- 1,8 %) et de celle de la population d'enfants âgés de moins de 3 ans (- 1,4 %) et une revalorisation (+ 0,3 %) de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF) identique à celle de 2019 et inférieure à l'inflation constatée.

Au-delà de ces facteurs, la baisse des charges d'allocations liées à la garde des jeunes enfants traduit les effets des réformes de la prestation d'accueil du jeune enfant (alignement des montants et plafonds de l'allocation de base sur ceux du complément familial pour les naissances à compter d'avril 2018 et baisse du recours au CLCA-Prépare) et de la crise sanitaire (impact de la réduction du recours aux assistantes-maternelles et aux personnels de garde à domicile pendant le premier confinement sur le complément de libre choix du mode de garde).

La forte augmentation (+ 0,5 Md€, soit + 26,7 %) des charges relatives à l'allocation de rentrée scolaire (ARS) traduit une revalorisation exceptionnelle de 100 €, pour un coût estimé à 525 M€³², dans le cadre des mesures d'aides exceptionnelles de solidarité aux ménages défavorisés.

Les charges brutes de prestations extra-légales d'action sociale se sont élevées à 5,7 Md€, comme en 2019. D'une part, la baisse d'activité des établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) a entraîné une baisse des prestations de service unique (PSU) de 712 M€. D'autre part, 722 M€ de compensations ont été versés aux structures d'accueil.

II - En 2021, un déficit attendu à un niveau encore élevé, malgré un fort rebond des recettes

A - Un déficit qui resterait très élevé

Selon les prévisions de la CCSS de septembre 2021, reprises par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022³³, le déficit du régime général et du FSV atteindrait 34,6 Md€ en 2021, ce qui marquerait

³² Cf. chapitre X du présent rapport, op.cit.

³³ Par rapport au rapport de la CCSS, le PLFSS 2022 prévoit une amélioration de 0,5 Md€ du solde prévisionnel de la branche autonomie pour 2021 et une dégradation de même montant de celui de la branche maladie, sous l'effet d'un transfert de recettes de taxe sur les salaires visant à compenser des charges de la nouvelle branche (non recouvrement de créances de prélèvements sociaux et contribution à la couverture des frais de gestion du réseau des Urssaf).

une amélioration de 4,1 Md€ par rapport à son niveau constaté pour 2020 et de 1,2 Md€ par rapport à celui prévu par la LFSS 2021.

**Tableau n° 11 : prévisions de soldes 2021 pour les branches
du régime général et le FSV**

<i>En Md€</i>	PLFSS 2022 (p)	LFSS 2021 (p)	Écart	Réalisé 2020	Écart
<i>Maladie</i>	-30,0	-23,7	-6,3	-30,4	0,4
<i>AT-MP</i>	0,6	0,2	0,4	-0,2	0,8
<i>Vieillesse</i>	-3,7	-9,7	6,0	-3,7	0,0
<i>Famille</i>	1,2	0,3	0,9	-1,8	3,0
<i>Autonomie</i>	-0,4	-0,4	0,0	-	-
Régime général	-32,3	-33,3	1,0	-36,2	3,9
<i>FSV</i>	-2,4	-2,4	0,0	-2,5	0,1
<i>Vieillesse + FSV</i>	-6,1	-12,1	6,0	-6,2	0,1
Régime général et FSV	-34,6	-35,8	1,2	-38,7	4,1

Source : Cour des comptes d'après le PLFSS 2022, la LFSS 2021 et les comptes 2020

Comme le prévoyait la LFSS 2021, les branches famille et AT-MP, qui portaient d'une situation excédentaire avant la crise, redeviendraient excédentaires en 2021 malgré l'incidence, pour la branche famille, de l'allongement du congé de paternité et d'accueil de l'enfant par la LFSS 2021³⁴. Le déficit de la branche vieillesse serait de 6 Md€ inférieur à la prévision et ceux du FSV et de la branche autonomie conformes au niveau attendu. En revanche, celui de la branche maladie serait beaucoup plus élevé que prévu.

Selon les prévisions de la CCSS de septembre 2021, reprises par le PLFSS 2022, le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV dépasserait légèrement celui du régime général et du FSV, pour atteindre 34,8 Md€ en 2021. La plupart des autres régimes retrouveraient

³⁴ La durée de ce congé - y compris congé de naissance - est portée de deux à quatre semaines - cinq en cas de grossesse multiple et la première semaine de congé à la naissance de l'enfant devient obligatoire alors que jusque-là, un tiers des pères ne prenaient pas de congé. Applicable au 1^{er} juillet 2021, cette mesure aurait un coût prévisionnel pour la branche famille inférieur à 200 M€ en 2021, qui atteindrait par la suite 430 M€ en 2022.

l'équilibre ou un excédent, mais la CNRACL resterait lourdement déficitaire (à hauteur de 1 Md€).

L'évolution du déficit du régime général et du FSV entre 2020 et 2021 traduit deux mouvements de sens contraire : une forte dynamique des recettes ; une progression presque aussi rapide des dépenses, sous l'effet des mesures du « Ségur de la santé », de dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire sous-évaluées dans la LFSS 2021 et de dépassements d'autres dépenses, non compensés par des économies.

B - Des recettes particulièrement dynamiques

Selon les prévisions de la CCSS de septembre 2021, reprises par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, les produits nets du régime général et du FSV augmenteraient de 31 Md€, soit + 7,9 %, par rapport à 2020. À périmètre constant³⁵, la hausse des produits nets du régime général et du FSV atteindrait 6,6 %, ce qui les placerait à 14 Md€ environ au-dessus de leur niveau constaté pour 2019 (soit +3,5 %).

Cette hausse prévisionnelle de 31 Md€ par rapport à 2020 intègre un surcroît de recettes de 13,8 Md€ par rapport à la prévision de la LFSS 2021.

Hormis les transferts (contre-effet du transfert de la soulte IEG en 2020), tous les postes de recettes enregistreraient une vive progression.

³⁵ Hors impacts de la création de la branche autonomie (qui augmente les recettes du régime général de 5,2 Md€, au titre des ressources propres de la CNSA) et du transfert de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) du budget de l'État à la branche maladie (compensé par une fraction supplémentaire de TVA de près de 0,3 Md€).

**Tableau n° 12 : prévisions de recettes 2021 pour les branches
du régime général et le FSV, par nature et destinataire**

<i>En Md€</i>	PLFSS 2022 (p)	LFSS 2021 (p)	Écart	Écart en %	Réalisé 2020	Écart	Écart en %
<i>Cot. sociales brutes</i>	205,1	201,4	3,7	1,9 %	191,9	13,2	6,9 %
<i>Cot. prises en charge par l'État</i>	7,4	5,8	1,6	28,3 %	6,5	0,9	14,2 %
<i>CSG brute</i>	105,0	104,4	0,6	0,6 %	97,3	7,7	7,9 %
<i>Impôts, taxes, autres contributions</i>	93,8	88,0	5,8	6,6 %	85,2	8,6	10,0 %
<i>Charges de non- recouvrement</i>	-2,5	-2,2	-0,3	13,5 %	-7,3	4,8	-66,0 %
<i>Transferts nets reçus</i>	4,0	2,2	1,8	81,5 %	8,9	-5,0	-55,4 %
<i>Autres produits nets</i>	8,8	8,2	0,6	7,5 %	8,1	0,7	8,4 %
Total des produits nets RG + FSV	421,7	407,9	13,8	3,4 %	390,8	31,0	7,9 %

<i>Maladie</i>	200,7	193,9	6,8	3,5 %	208,3	-7,6	-3,3 %
<i>AT-MP</i>	13,1	12,8	0,3	2,5 %	12,1	1,1	8,8 %
<i>Vieillesse</i>	140,0	135,0	5,0	3,7 %	135,9	4,1	3,0 %
<i>Famille</i>	50,5	49,6	0,9	1,9 %	48,2	2,4	5,0 %
<i>Autonomie</i>	31,8	31,2	0,6	1,9 %	--	--	100,0 %
RG	422,5	408,6	13,9	3,4 %	391,6	30,9	7,9 %
<i>FSV</i>	17,2	16,7	0,5	3,0 %	16,7	0,5	3,2 %
RG + FSV	421,7	407,9	13,8	3,4 %	390,8	31,0	7,9 %

Source : Cour des comptes d'après le PLFSS 2022, la LFSS 2021 et les comptes 2020

Les recettes de l'exercice 2021 bénéficieront de l'effet base favorable de l'activité et de la masse salariale, qui se sont moins contractées que prévu en 2020, et, surtout, du rebond de l'activité économique en 2021.

En 2021, le PIB augmenterait de 6 % en volume. La masse salariale du secteur privé, sur laquelle sont assises les 2/3 des recettes du régime général, progresserait de 6,2 %, dont 1,5 % au titre de l'emploi salarié, ce qui traduit la reprise des créations d'emplois, et 4,8 % pour le salaire moyen par tête, conséquence de la réduction du recours à l'activité partielle.

Les cotisations sociales brutes augmenteraient de 6,9 %, leur progression étant cependant atténuée par la reprise des allègements généraux induite par la baisse de l'activité partielle.

La CSG brute progresserait de 7,9 %, en raison d'une reprise marquée de la CSG sur les revenus d'activité (+ 8,2 %), alors que la CSG sur les revenus de remplacement diminuerait (- 1,7 %) sous l'effet de la réduction du recours à l'activité partielle.

La hausse de la masse salariale du secteur privé n'est pas le seul facteur explicatif du dynamisme des cotisations sociales et de la CSG sur les revenus d'activité : à elles seules, les régularisations des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants non appelés en 2020, prenant en compte les revenus professionnels perçus en 2020, auraient un effet net favorable de 4,1 Md€ sur les recettes du régime général en 2021.

En outre, les revalorisations salariales des personnels des établissements de santé et médico-sociaux décidées par les accords du « Ségur de la santé » auraient un effet positif important sur les prélèvements sociaux (+ 1,9 Md€), ainsi que sur la taxe sur les salaires.

Par ailleurs, les charges liées au non-recouvrement des prélèvements sociaux reviendraient à leur niveau de 2019, ce qui suppose cependant la généralisation et le respect des plans d'apurement des dettes sociales constituées par les employeurs de salariés et les travailleurs indépendants.

Pris globalement, les impôts et taxes affectés augmenteraient pour leur part de 10 %, dont 12,3 % pour la TVA à périmètre constant, sous l'effet principal d'une hausse des bases taxables (+8,8 %) qui dépasse la prévision de consommation des ménages (+4,1 %).

Les prévisions de produits intègrent par ailleurs un versement de l'État de 0,8 Md€ au titre du plan de relance européen, en vue du financement d'investissements hospitaliers dans le cadre du « Ségur ».

Enfin, la branche maladie bénéficie de recettes exceptionnelles : contribution « covid » des complémentaires santé (0,5 Md€ attendus en 2021) et prélèvements sur les réserves de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières – Camieg (175 M€).

Les recettes pourraient s'inscrire en 2021 à un niveau plus élevé que celui prévu par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 : dans son avis du 17 septembre 2021 relatif aux projets de loi de finances et de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, le Haut Conseil des finances publiques a estimé « *les prévisions d'emploi et de masse salariale pour 2021, qui ne tiennent pas compte des toutes dernières informations disponibles, trop basses* » et fait état d'un « *probable surcroît de recettes qui en résulterait* ». Selon le Haut Conseil, « *Pour 2022, les recettes assises sur les salaires pourraient de même être sous-estimées* ».

C - En 2021, le double effet sur les dépenses de la poursuite de la crise sanitaire et du « Ségur de la santé »

Selon les prévisions de la CCSS de septembre 2021, reprises par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, les dépenses du régime général et du FSV dépasseraient de 12,6 Md€ l'objectif fixé par la LFSS 2021, lui-même en forte hausse par rapport aux dépenses constatées pour 2020 (+ 14,3 Md€).

Ce dépassement se concentre sur la branche maladie et, spécifiquement, sur l'Ondam. Il conduit à annuler pour l'essentiel l'effet favorable du surcroît attendu de recettes sur le niveau du déficit du régime général et du FSV.

Tableau n° 13 : prévisions de dépenses nettes 2021 pour les branches du régime général et le FSV

En Md€	PLFSS 2022 (p)	LFSS 2021 (p)	Écart	Écart en %	Réalisé 2020	Écart	Écart en %
Maladie	230,7	217,6	13,1	6,0 %	238,8	-8,0	-3,4 %
AT-MP	12,5	12,7	-0,2	-1,3 %	12,3	0,3	2,1 %
Vieillesse	143,7	144,7	-1,0	-0,7 %	139,6	4,1	2,9 %
Famille	49,4	49,3	0,1	0,1 %	50,0	-0,6	-1,2 %
Autonomie	32,2	31,6	0,6	1,9 %	--	--	100,0 %
RG	454,7	442,0	12,7	2,9 %	427,8	26,9	6,3 %
FSV	19,6	19,2	0,4	2,0 %	19,1	0,5	2,4 %
RG+FSV	456,3	443,7	12,6	2,8 %	429,4	26,9	6,3 %

Source : Cour des comptes d'après le PLFSS 2022, la LFSS 2021 et les comptes 2020

La LFSS 2021 avait fixé à 225,4 Md€ le montant prévisionnel de l'Ondam. Par rapport à 2020, les dépenses devaient augmenter de 5 Md€, soit + 2,3 % à champ courant, en renouant avec l'évolution prévue par la loi de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 porte à 237,1 Md€ le montant de l'Ondam pour 2021, ce qui traduit une augmentation de 11,7 Md€ par rapport à la LFSS 2021.

La construction de l'Ondam prenait en compte le retour de l'évolution des dépenses, hors covid et hors Ségur, à une trajectoire proche de celle d'avant-crise (+ 2,4 %), les dépenses supplémentaires liées au

« Ségur de la santé », soit 7,9 Md€ au total³⁶, et une forte réduction des dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire, estimées à 4,3 Md€. La diminution des dépenses de crise devait ainsi compenser la montée en charge des dépenses supplémentaires du « Ségur de la santé ».

Le programme de stabilité (Pstab) adressé à la Commission européenne en avril, puis le comité d'alerte de l'Ondam, dans son avis du 1^{er} juin 2021, et en dernier lieu la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2021 ont fortement rehaussé la prévision de dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire. Leur montant atteindrait 14,8 Md€, contre 4,3 Md€ dans la LFSS 2021 et 14 Md€ en net en 2020 (avant déduction de la contribution exceptionnelle des complémentaires santé de 1 Md€).

Tableau n° 14 : dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire : actualisation de la prévision de l'Ondam 2021 par la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2021

<i>En Md€</i>	Provision LFSS 2021	Dépenses additionnelles	Total
Vaccination	1,5	3,2	4,7
<i>dont dotation SPF (vaccins et organisation de la campagne)</i>	0,7	2,5	3,2
<i>dont campagne vaccinale</i>	0,8	0,7	1,5
Tests de dépistage	2,0	4,2	6,2
Établissements de santé et médico-sociaux	-	1,7	1,7
SPF hors vaccination	0,1	1,0	1,1
<i>Indemnités journalières liées au Covid</i>	-	0,6	0,6
<i>FIR</i>	-	0,3	0,3
<i>Masques</i>	0,7	-0,5	0,2
Total mesures exceptionnelles	4,3	10,5	14,8

Source : commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2021

³⁶ Dont 6,3 Md€ au titre de la revalorisation et la transformation des métiers (pilier 1), en plus de 1,4 Md€ en 2020, 1,3 Md€ consacrés au financement d'investissements physiques dans les établissements de santé et du rattrapage numérique dans les domaines sanitaire et médico-social (pilier 2) et 0,3 Md€ pour la fédération des acteurs de santé dans les territoires (pilier 4). Par ailleurs, 0,5 Md€ du pilier 2 sont prévus pour le financement d'investissements dans les établissements médico-sociaux, hors périmètre de l'Ondam en 2021.

Cette prévision intègre les mesures de freinage épidémique prises face à la troisième vague, mais ne prend pas en compte l'hypothèse d'une éventuelle nouvelle vague épidémique à l'automne 2021 liée au variant delta du Sars-CoV-2.

Les surcoûts prévisionnels liés à la crise sanitaire en 2021

La campagne de vaccination coûterait 4,7 Md€, dont 3,2 Md€ de dotation à SPF pour l'achat des vaccins et leur mise à disposition logistique et 1,5 Md€ pour la campagne elle-même, principalement pour la rémunération des professionnels de santé. Le comité d'alerte avait relevé un sous-financement initial : « *la provision de 1,5 Md€ du projet de loi de financement a été arrêtée fin septembre 2020, alors que la disponibilité des vaccins n'était pas encore assurée et que la stratégie vaccinale était en cours de préparation. Le comité note qu'elle n'a pas été ajustée au cours du débat parlementaire sur la loi de financement* ». Par la suite, la cible vaccinale a été étendue à l'ensemble des personnes âgées de 12 ans et plus et des achats complémentaires de vaccins ont été effectués avec un mix modifié en faveur des vaccins à ARN messenger, plus onéreux.

Initialement estimé à 2 Md€, le coût prévisionnel des tests de dépistage a plus que triplé pour atteindre 6,2 Md€, dépassant ainsi de loin celui de la vaccination. Outre la sollicitation du système de santé par des personnes présentant des symptômes ou cas contact de personnes atteintes, le niveau de ces coûts est à relier aux délais d'adaptation des tarifs et à une gratuité généralisée des tests, quel qu'en soit le motif, dont la pertinence décroît avec la protection croissante des populations fragiles par la vaccination³⁷.

Les autres ajustements correspondent aux impacts de la troisième vague épidémique sur le système de santé, notamment les établissements de santé et médico-sociaux (1,7 Md€), SPF (1 M€), les indemnités journalières de droit commun ou dérogatoires liées à la covid (0,6 Md€), ainsi qu'à des dotations supplémentaires au FIR (0,3 Md€). En sens inverse, la reconstitution du stock stratégique de masques permettrait des économies sur leur achat (à hauteur de 0,5 Md€).

Le dépassement de la prévision de dépenses de l'Ondam de la LFSS 2021 n'est cependant pas uniquement imputable à la crise sanitaire. Ainsi, selon la CCSS de septembre 2021, les dépenses sans lien avec la crise sanitaire connaîtraient un dépassement prévisionnel de 1,2 Md€, imputable aux soins de ville (1,4 Md€) et, plus spécifiquement, aux dispositifs médicaux et aux indemnités journalières pour maladie (au titre

³⁷ Voir chapitre VI du présent rapport : « *Les dépenses de biologie médicale : des efforts d'efficience encore insuffisants* ».

notamment des arrêts de travail de plus de trois mois), postes traditionnellement très dynamiques, ainsi qu'aux médicaments (impact notamment des médicaments innovants). Il n'est pas prévu de mesures d'économies qui viseraient à compenser ce dépassement.

III - La nécessaire définition d'une trajectoire de retour à l'équilibre axée sur la maîtrise des dépenses

A - Une rupture dans la trajectoire de désendettement de la sécurité sociale

1 - Une hausse considérable des besoins d'emprunt de l'Acosse en 2020

Fixé à 39 Md€ par la LFSS 2020, le plafond d'emprunt de l'Acosse a fait l'objet de deux relèvements successifs, à 70 Md€ en mars puis à 95 Md€ en mai 2020³⁸. Ces relèvements ont été rendus nécessaires par la couverture des déficits, mais aussi les reports de paiement de prélèvements sociaux accordés aux employeurs de salariés et aux travailleurs indépendants. Enfin, l'Acosse a dû adapter sa politique de gestion du risque de liquidité en portant le montant moyen journalier (créditeur) sur le compte de la Banque de France de 6,9 Md€ en 2019 à 33,3 Md€ en 2020³⁹.

Pour couvrir ses besoins d'emprunt, l'Acosse procède habituellement à des émissions directes sur les marchés financiers parisiens et londoniens de titres de créances négociables. La hausse accélérée des déficits a rendu nécessaire l'établissement d'un plan de financement de crise comportant des prêts de la Caisse des dépôts et consignations et de banques. L'encours d'emprunt le plus élevé a été atteint le 22 juin 2020, à 89,7 Md€. Ce montant a cependant été atténué par le versement précité de la soulte des IEG (5 Md€) et le retrait de l'Acosse du financement de 3,6 Md€ de déficits du régime agricole des non-salariés. Fin 2020, l'Acosse était revenue à ses modalités habituelles de financement sur les marchés, pour un montant brut d'emprunt atteignant 64,3 Md€, contre 26,9 Md€ fin 2019.

³⁸ Décrets n° 2020-327 du 25 mars 2020 et n° 2020-603 du 20 mai 2020.

³⁹ Cela correspond à une couverture des besoins pour un mois au lieu de 5/7 jours.

Compte tenu du rebond des recettes et d'une reprise de déficits par la Cades de 35 Md€, l'Acoss estime à 44,7 Md€ le montant brut des emprunts à fin 2021. Le PLFSS 2022 prévoit un abaissement du plafond d'emprunt à 65 Md€.

2 - Un nouvel allongement de la durée de la dette sociale

Conformément à sa mission de financement des besoins infra-annuels du régime général, l'Acoss est autorisée à emprunter uniquement sur des durées inférieures à 12 mois. Compte tenu de la hausse considérable du déficit du régime général en 2020, et bien que continuant à emprunter à taux négatifs, elle était exposée à des risques croissants de refinancement sur les marchés financiers. Cette situation a rendu nécessaire un allongement de la maturité des emprunts, reposant sur l'intervention de la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).

La loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a ainsi prévu l'amortissement par la Cades d'un montant inédit de 136 Md€ de dettes de plusieurs natures :

1/ Pour 31 Md€ : une reprise des déficits cumulés constatés au 31 décembre 2019 de la branche maladie du régime général (16,3 Md€), du FSV (9,9 Md€), de la branche vieillesse du régime des non-salariés agricoles (3,6 Md€) et de la CNRACL (déficits 2018 et 2019 pour 1,3 Md€). Avant la crise sanitaire, aucune solution n'avait été définie pour ces déficits depuis la dernière reprise effectuée en 2016. Ils pesaient ainsi de manière croissante sur les besoins d'emprunt de l'Acoss.

2/ Pour 92 Md€ : une reprise des déficits cumulés prévisionnels des exercices 2020 à 2023 des branches maladie, vieillesse et famille du régime général, du FSV et de la branche vieillesse du régime des non-salariés agricoles.

3/ Pour 13 Md€ : la couverture d'un tiers des emprunts contractés au 31 décembre 2019 par les établissements de santé relevant du service public hospitalier. Par la suite, la LFSS 2021 a élargi l'objet de ce concours financier au financement d'investissements. Il est aujourd'hui prévu de consacrer 6,5 Md€ à la restauration de l'autofinancement et 6,5 Md€ au financement de nouveaux investissements des établissements de santé. Ces concours financiers, qui doivent être versés d'ici 2030, sont hors Ondam.

La durée prévisionnelle de vie de la Cades a été prolongée de 2024 à 2033 par une loi organique du 7 août 2020⁴⁰. À hauteur d'une année environ, cet allongement découle d'une réduction des recettes affectées à la Cades, de 2,3 Md€ en 2024, puis de 0,85 Md€ les années suivantes⁴¹.

N'ayant pas été portée par une LFSS rectificative, la reprise de déficits des branches du régime général et du FSV n'a pas donné lieu au préalable à une analyse précise de leurs perspectives financières⁴². Ainsi, les prévisions de déficits n'ont pas été individualisées par exercice et par entité. Surtout, la reprise de déficits a été arrêtée sans qu'ait été parallèlement déterminée une trajectoire de redressement financier.

3 - Une forte remontée des déficits non amortis de la sécurité sociale en 2020 et en 2021

Alors qu'elle connaissait une diminution continue depuis 2015, la dette sociale, correspondant aux déficits non amortis des branches du régime général, du FSV, de la CNRACL et du régime de retraite des non-salariés agricoles, a augmenté de près de 26 Md€ en 2020, effaçant la réduction cumulée intervenue en 2018 et 2019.

Au regard des prévisions de solde des branches du régime général et du FSV de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2021, reprises par le projet de loi de financement pour 2022, la dette sociale connaîtrait une augmentation supplémentaire de 29 Md€ en 2021, pour atteindre près de 166 Md€ fin 2021 (soit 6,8 % du PIB prévisionnel), contre 141 Md€ fin 2020 et 115 Md€ fin 2019⁴³.

⁴⁰ Loi organique n° 2020-991 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

⁴¹ Le versement du FRR a été prolongé pour un montant réduit de 2,1 Md€ par an entre 2011 et 2024 à 1,45 Md€ par an entre 2025 et 2033. En revanche, 0,15 point d'assiette de CSG (sur 0,6 point) est réaffecté en 2024 à la branche autonomie.

⁴² Sur l'opportunité de donner le monopole aux LFSS des lois de reprise des déficits par la Cades, voir le chapitre II du présent rapport, « *Les lois de financement de la sécurité sociale : un cadre de prise de décision à réformer* ».

⁴³ Ce montant estimatif n'intègre pas les déficits 2020 et 2021 de la CNRACL.

**Tableau n° 15 : évolution de la dette sociale portée par la Cades
et par l’Acoss (31 décembre 2017 - 31 décembre 2021, en Md€)**

	2017	2018	2019	2020	2021 (p)
Situation nette négative CADES	120,8	105,3	89,1	93,0	115,6
Cumul déficits non repris par la Cades (branches maladie, famille, vieillesse, autonomie et FSV) et maintenus à l’Acoss	20,9	22,7	25,6	47,6	49,9
Total dette sociales (déficits non amortis)	141,6	128,1	114,7	140,6	165,5

Source : Cour des comptes d’après les comptes des exercices 2017 à 2020, les prévisions de solde du rapport CCSS de septembre 2021, les décrets n° 020-1074 du 19 août 2020 et n°2021-40 du 19 janvier 2021 et l’objectif d’amortissement par la Cades fixé par la LFSS 2021

Une part prépondérante de la dette sociale à fin 2021 serait portée par la Cades. En application des lois du 7 août 2020, la Cades a en effet repris en 2020 à l’Acoss 16,4 Md€ de déficits de la branche maladie et du FSV et 3,6 Md€ de déficits du régime agricole des non-salariés⁴⁴. En 2021, sont programmés une reprise de 33,7 Md€ de déficits des branches du régime général et du FSV et de 1,3 Md€ de déficits de la CNRACL financés par l’Acoss, ainsi qu’un apport de 5 Md€ aux établissements de santé⁴⁵. Fin 2021, la Cades aura ainsi repris tous les déficits 2019 et une partie des déficits 2020 du régime général et du FSV (23,8 Md€ sur 38,7 Md€).

Compte tenu de cette reprise partielle des déficits 2020 et des déficits prévus pour 2021, la dette sociale financée par l’Acoss, par la voie d’emprunts de court terme, continuerait à augmenter en 2021.

B - À l’issue de la crise sanitaire, des recettes plus faibles et des dépenses d’assurance maladie plus élevées

1 - Une perte définitive de recettes sociales

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 retient pour hypothèses un rebond en 2021 et 2022 de la croissance

⁴⁴ Décret n° 020-1074 du 19 août 2020.

⁴⁵ Décret n° 2021-40 du 19 janvier 2021.

économique (+ 6 % et +4 %) et de la masse salariale (+6,2 % et +6,1 %), suivi d'un net ralentissement en 2023 (+ 1,6 % et + 3,9 % respectivement) et d'un retour à leur niveau potentiel à partir de 2024 (+1,35 % et +3,4 %).

Au regard de ces prévisions, la crise sanitaire pourrait être à l'origine, à l'horizon 2025, d'environ 8 Md€ de pertes de recettes pour le régime général et le FSV par rapport à celles qui auraient été constatées si la crise sanitaire n'était pas survenue (10 Md€ pour l'ensemble des régimes et le FSV).

2 - Un niveau plus élevé de dépenses d'assurance maladie du fait notamment du « Ségur de la santé »

En revanche, les dépenses s'inscriraient à un niveau nettement plus élevé que celui qui aurait résulté de la réalisation des prévisions pluriannuelles de la loi de financement pour 2020.

En effet, les accords du « Ségur de la santé » de juillet 2020 et plusieurs décisions ultérieures élargissant l'objet du « Ségur de la santé » seraient à l'origine d'un montant cumulé de 12,5 Md€ de dépenses supplémentaires en 2022, soit l'équivalent de 0,5 % du Pib, dont près de 10 Md€ de revalorisations salariales à caractère pérenne (7,2 Md€ pour les établissements de santé et 2,7 Md€ pour les établissements et services médico-sociaux).

En dehors du « Ségur de la santé », contribuent au niveau élevé des dépenses à fin 2022 : le protocole d'accord de février 2020 entre l'État et les fédérations d'établissements de santé sur l'évolution des ressources de ces derniers entre 2020 et 2022, qui prévoit des hausses annuelles de 2,4 % et le choix pour 2022 de porter cette hausse à 2,7 % ; l'engagement⁴⁶ d'une hausse de 2,4 % sur trois ans des dépenses relatives aux produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) ; l'avenant n° 9 à la convention médicale de 2016 (juillet 2021), qui induit près de 0,8 Md€ de dépenses supplémentaires en 2022 (dont 0,3 Md€ imputées au « Ségur » au titre du numérique en santé) ; le dynamisme particulier de certains postes de soins de ville, dont la Cour a régulièrement souligné l'insuffisante régulation : indemnités journalières pour arrêt de travail, dépenses de dispositifs médicaux et honoraires de soins infirmiers.

Ainsi, selon le PLFSS 2022, en l'absence de mesures d'économies, la forte réduction des dépenses directement liées à la crise (prévues à

⁴⁶ Conseil stratégique des industries de santé du 29 juin 2021.

hauteur de 4,9 Md€ pour 2022, contre 14,8 Md€ pour 2021) ne se traduirait que par une légère diminution des dépenses de la branche maladie en 2022 (de 2,6 Md€). Au cours des années suivantes, les dépenses de l'Ondam retrouveraient leur rythme tendanciel d'évolution antérieur à la crise de 2,3 % à 2,4 % par an. Toutefois, à périmètre constant⁴⁷ et hors dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire, les dépenses relevant de l'Ondam dépasseraient en 2022 de plus de 30 Md€ celles de 2019.

C - La nécessité d'efforts sur les dépenses afin de prévenir des déficits durables

1 - La perspective de déficits permanents dépassant 10 Md€ à partir de 2024

À partir de 2022, les prévisions de solde des régimes de sécurité sociale et du FSV présentent des incertitudes élevées, liées aux aléas de l'évolution de la crise sanitaire et de la situation économique.

Sous cette réserve, le projet de loi de financement pour 2022 prévoit que le déficit du régime général et du FSV se réduirait de 34,6 Md€ à 21,6 Md€ entre 2021 et 2022 (de 34,8 Md€ à 22,6 Md€ pour l'ensemble des régimes et le FSV). En 2023, le déficit continuerait à diminuer, s'établissant à 14,6 Md€ pour le régime général et le FSV (16 Md€ pour l'ensemble des régimes et le FSV). À partir de 2024, le retour de la croissance et de la masse salariale à leur évolution tendancielle de l'avant crise sanitaire déboucherait sur une stagnation du déficit aux alentours de 13 Md€ pour le régime général et le FSV (de 15 Md€ pour l'ensemble des régimes et le FSV). Les prévisions de déficits des années 2023 et suivantes sont exprimées « hors mesures nouvelles » en recettes ou en dépenses.

Le déficit serait porté par la branche maladie (près de 15 Md€) et par la branche vieillesse et le FSV (près de 8 Md€). Structurellement excédentaires avant la crise sanitaire, les branches famille et AT-MP dégageraient pour leur part des excédents croissants, plafonnés le cas échéant par des réaffectations de recettes aux branches déficitaires. Grâce à la réaffectation en sa faveur de CSG jusque-là attribuée à la Cades, le déficit de la branche autonomie ferait place à partir de 2024 à un excédent, qui permettrait d'amortir les déficits 2021 à 2023.

⁴⁷ En neutralisant les impacts de la création de la branche autonomie.

L'ampleur des déficits 2020 à 2023 des branches du régime général et du FSV (hors AT-MP et autonomie) serait telle que le plafond de 92 Md€ de reprise par la Cades, fixé par la loi du 7 août 2020, ne suffirait pas à couvrir le déficit 2023, qui demeurerait ainsi financé par l'Acoss par la voie d'emprunts de court terme. *A fortiori*, l'Acoss devrait aussi porter les déficits des années 2024 et suivantes, dans l'attente de la définition de solutions d'amortissement, ou de la mise en œuvre de mesures visant à prévenir la réalisation de ces déficits.

2 - Un effort de redressement à axer sur les dépenses

Après la récession de 2009, qui avait de même occasionné une perte définitive de recettes, le redressement financier de la sécurité sociale avait dans un premier temps reposé sur des mesures d'augmentation des prélèvements obligatoires qui lui sont affectées ; ces hausses se sont poursuivies jusqu'en 2015 compris.

Une telle voie semble aujourd'hui difficile. Comme l'a souligné le récent rapport de la Cour au Premier ministre⁴⁸, le niveau des prélèvements obligatoires atteint en France pourrait affecter l'acceptabilité de nouvelles hausses.

Par ailleurs, des transferts éventuels de dettes de la sécurité sociale à l'État, de recettes de l'État aux régimes de sécurité sociale et au FSV ou encore de recettes de la Cades à ces derniers (au-delà de la réaffectation de CSG à la branche autonomie à partir de 2024), au prix d'un nouvel allongement de la durée d'amortissement de la dette sociale, amélioreraient les résultats annuels des régimes de sécurité sociale et du FSV, mais seraient sans effet sur les soldes des administrations publiques dans leur ensemble. De plus, ils dispenseraient la sécurité sociale de participer à l'effort global de redressement des finances publiques.

À partir de 2011, les mesures de ralentissement et, parfois, de réduction des dépenses ont pris une place croissante dans l'effort de redressement des comptes sociaux⁴⁹. À deux reprises, en 2015 et en 2019, la hausse globale des dépenses de la sécurité sociale s'est inscrite en-deçà

⁴⁸ « Une stratégie de finances publiques pour sortir de la crise : concilier soutien à l'activité et soutenabilité », juin 2021, disponible sur www.ccomptes.fr,

⁴⁹ Réformes des paramètres des retraites en 2011 et 2014, réformes de la Paje à partir de 2014 et des allocations familiales en 2015, abaissement du rythme d'évolution annuelle de l'Ondam.

de la croissance potentielle du PIB, ce qui a eu pour effet de réduire son déficit structurel.

S'agissant des retraites, le rapport précité de la Cour au Premier ministre a indiqué que « *une fois la crise passée, de nouvelles adaptations [des régimes de retraite] seront indispensables pour tenir compte notamment des évolutions démographiques et de l'allongement de la durée de la vie. Les effets de ces adaptations sur la situation des actifs et des retraités devront être anticipés* ».

Dans le cadre du présent rapport, comme de ceux qui l'ont précédé, ainsi que dans d'autres publications, la Cour constate des inadéquations de l'offre sanitaire par rapport aux besoins de nos concitoyens et à la qualité de soins, l'existence de rentes de situation et l'éloignement de certains dispositifs de protection sociale de leur finalité.

Ces constats l'ont conduite à avancer un grand nombre de propositions visant à améliorer l'efficacité des dépenses sociales. Le programme de stabilité d'avril 2021 reprend plusieurs d'entre elles⁵⁰. Leur traduction opérationnelle est cependant inégalement assurée.

Le présent rapport souligne l'opportunité d'une régulation des dépenses d'assurance maladie pluriannuelle, déconcentrée et cohérente avec les objectifs de santé, qui constituerait un cadre adéquat pour réaliser des objectifs d'évolution de l'Ondam potentiellement plus exigeants⁵¹. En outre, il montre les gains d'efficacité que pourraient permettre de mobiliser plusieurs évolutions : l'achèvement des chantiers de tarification des soins de suite et de réadaptation et psychiatriques et des prises en charge des personnes âgées ou handicapées par les établissements et services médico-sociaux⁵² ; le retour à une régulation prix-volume des dépenses d'actes d'analyses biologiques⁵³ ; un recentrage de l'usage de la télésanté qui

⁵⁰ Virage ambulatoire, performance des achats et mutualisations d'activités pour les établissements de santé ; prescription des génériques et bio-similaires ; réduction des actes et soins redondants ou inadéquats ; adaptation des modes de tarification ; renforcement des contrôles des prescriptions médicales de transports et d'arrêts de travail.

⁵¹ Chapitre III, « *Les dépenses d'assurance maladie : une régulation à rénover [en sortie de crise]* ».

⁵² Chapitre VII, « Soins de suite et de réadaptation, soins psychiatriques, accueil des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées : dix ans de réformes inabouties du financement des établissements et services ».

⁵³ Chapitre VI, « Les dépenses de biologie médicale : des efforts d'efficacité encore insuffisants ».

facilite l'accès aux soins et la coordination des professionnels de santé⁵⁴ ; une généralisation de la dématérialisation des prescriptions médicales au service de la qualité des prises en charge sanitaire des patients⁵⁵.

Il importe aussi, comme l'a préconisé le Haut Conseil des finances publiques, que tout excédent de recettes par rapport aux prévisions du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 soit affecté à la réduction du déficit, à l'exclusion de dépenses supplémentaires.

⁵⁴ Chapitre V, « La télésanté, des outils à mettre au service de la coordination des soins ».

⁵⁵ Chapitre VIII, « La dématérialisation des prescriptions médicales : un facteur d'efficacité du système de santé, des chantiers ambitieux à faire aboutir ».

CONCLUSION

En 2020 et 2021, la crise sanitaire est à l'origine de lourds déficits du régime général de sécurité sociale et du FSV. Au regard des prévisions du projet de loi de financement pour 2022, ces derniers ne se résorberaient qu'en partie au cours des années suivantes et pourraient se maintenir sensiblement au-dessus de 10 Md€ par an à partir de 2024.

En effet, malgré leur rebond en 2021 et celui prévu pour 2022, il est probable que les recettes sociales subiront une perte définitive du fait des conséquences de la crise sanitaire sur l'activité économique.

Si les dépenses supplémentaires directement liées à cette crise vont disparaître à terme, les mesures de revalorisation des rémunérations des personnels des établissements de santé et médico-sociaux décidées dans le cadre du « Ségur de la santé », les mesures prolongeant ce dernier et d'autres décisions sectorielles (établissements, produits de santé et médecine de ville notamment) contribuent à porter les dépenses d'assurance maladie à un niveau très supérieur à celui d'avant la crise.

À court terme, le plafond de reprise de déficits des branches du régime général et du FSV par la Cades, bien que fixé à un niveau élevé par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, ne permettrait pas la reprise du déficit 2023.

Des choix devront être faits. Des hausses de prélèvements obligatoires pourraient rencontrer des difficultés d'acceptation. Des transferts éventuels de dettes de la sécurité sociale à l'État, de recettes de l'État aux régimes de sécurité sociale et au FSV ou de recettes de la Cades à ces derniers donneraient l'image d'une meilleure posture financière de la sécurité sociale, mais n'amélioreraient aucunement la situation financière des administrations publiques dans leur ensemble.

Outre l'affectation à la réduction des déficits – et non à de nouvelles dépenses – de tout surcroît de recettes par rapport aux prévisions, un rétablissement pérenne des finances sociales suppose d'engager des actions résolues d'amélioration de l'efficacité des dépenses, notamment dans les domaines de l'assurance-maladie et des retraites, qui réduisent significativement leur évolution par rapport à celle aujourd'hui anticipée.

La Cour renouvelle par conséquent ses recommandations sur la nécessité de mettre en œuvre ces actions, qu'elle a illustrées dans nombre de ses publications. Le niveau actuel et prévisible des déficits renforce l'enjeu qui s'attache à leur mise en œuvre.

**Avis de la Cour sur la cohérence
des tableaux d'équilibre et du tableau
patrimonial de la sécurité sociale
pour l'exercice 2020**

PRÉSENTATION

En application des dispositions de l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour formule des avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial relatifs au dernier exercice clos, en l'espèce l'exercice 2020. Ces documents seront soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

Les tableaux d'équilibre correspondent à des comptes de résultat combinés⁵⁶ couvrant, respectivement, l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, le régime général et les organismes concourant à leur financement ; cette dernière catégorie comprend un seul organisme, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

En 2020, le déficit agrégé du régime général et du FSV s'est établi à 38,7 Md€, contre 1,9 Md€ en 2019. Celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV a atteint 39,7 Md€, contre 1,7 Md€ en 2019.

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

Compte tenu de la hausse considérable des déficits des régimes de base de sécurité sociale et du FSV, et malgré l'excédent dégagé par la Cades, les fonds propres retracés par le tableau patrimonial (- 86,7 Md€ au 31 décembre 2020) se sont détériorés de 25,3 Md€ par rapport à 2019 et l'endettement financier net de la sécurité sociale (110,6 Md€ fin 2020) s'est accru de 36 Md€ par rapport à cette même année.

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

⁵⁶ Le terme de combinaison désigne la consolidation des comptes d'entités qui n'ont pas de liens capitalistiques entre elles, mais qui entretiennent des relations suffisamment étroites pour justifier l'établissement de comptes communs dans lesquels sont éliminées leurs opérations réciproques.

I - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre pour l'exercice 2020

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

Pour l'application de ces dispositions, sont soumis à l'approbation du Parlement, dans le cadre du projet de loi de financement annuel, trois tableaux d'équilibre distincts relatifs au dernier exercice clos : le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale mentionnés dans la liste triennale annexée au projet de loi de financement pour 2020, présenté par branche⁵⁷ ; le tableau d'équilibre du régime général, également présenté par branche⁵⁸ ; le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes précités, cette dernière catégorie se limitant au Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

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

Les « recettes » et les « dépenses » ne correspondent pas à des recettes encaissées et à des dépenses décaissées⁵⁹, mais à des produits et à des charges d'une comptabilité générale établie en droits constatés⁶⁰, auxquels certains retraitements sont apportés ; de même, le « solde »

⁵⁷ Depuis l'instauration de la protection universelle maladie (Puma) en 2016, le tableau d'équilibre de la branche maladie du régime général de sécurité sociale intègre les charges et produits liés aux droits de base de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie, financièrement intégrés au régime général. Ces droits de base correspondent aux prestations servies par le régime général.

⁵⁸ Depuis 2016, conformément à une recommandation de la Cour, l'article 1^{er} de la loi de financement de la sécurité sociale intègre une rubrique relative au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) au sein du tableau d'équilibre du régime général et de celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

⁵⁹ Comme c'est le cas, par exemple, dans la comptabilité budgétaire de l'État.

⁶⁰ Depuis 1996, les organismes de sécurité sociale doivent tenir leur comptabilité en droits constatés.

correspond à un résultat de comptabilité générale, et non à un solde de trésorerie.

Par nature, les tableaux d'équilibre soumis à l'approbation du Parlement, dans lesquels figurent des montants globaux de produits et de charges, fournissent une information très réduite sur la formation des soldes soumis à l'approbation du Parlement. L'annexe 4 au projet de loi de financement détaille ces produits et charges, en commente l'évolution par rapport à l'exercice précédent et aux prévisions et précise par ailleurs les règles appliquées pour établir les tableaux.

A - Les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2020

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

La Cour a été tardivement⁶¹ rendue destinataire par la direction de la sécurité sociale des éléments du projet d'annexe 4 au projet de loi de financement, pour la partie relative aux informations intéressant les tableaux d'équilibre (modalités d'établissement, détail des recettes et des dépenses, analyse des évolutions par rapport à 2019 et par rapport aux prévisions 2020).

En 2020, le régime général a enregistré un déficit de 36,2 Md€, contre un déficit de 0,4 Md€ en 2019, tandis que le déficit du FSV est passé de 1,6 Md€ en 2019 à 2,5 Md€ en 2020. Au total, le sous-ensemble constitué par le régime général et le FSV a dégagé un déficit de 38,7 Md€, contre un déficit de 1,9 Md€ en 2019.

Ce déficit aurait été plus important sans l'effet d'une opération non récurrente intervenue en mai 2020 : le reversement, de manière anticipée, à la branche vieillesse par le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) du montant de la soulte des industries électriques et gazières (IEG)⁶², majoré des gains réalisés dans le cadre de sa gestion (soit 5,0 Md€).

⁶¹ Une première version a été transmise le 30 juillet et une version définitive le 27 août.

⁶² Cette soulte avait été versée dans le cadre de l'adossement, en 2005, du financement du régime spécial de retraite des industries électriques et gazières (IEG), à la branche vieillesse du régime général.

Tableau n° 16 : tableau d'équilibre du régime général de sécurité sociale au titre de 2020

En Md€

	Produits	Charges	Solde
Maladie	208,3	238,7	-30,4
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,1	12,3	-0,2
Vieillesse	135,9	139,6	-3,7
Famille	48,2	50,0	-1,8
Toutes branches (hors transferts entre branches) en net	391,6	427,8	-36,2
Fonds de solidarité vieillesse	16,7	19,1	-2,5
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse en net	390,8	429,4	-38,7

Source : direction de la sécurité sociale.

Tableau n° 17 : tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

En Md€

	Produits	Charges	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,7	19,1	-2,5

Source : direction de la sécurité sociale.

Tableau n° 18 : tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale au titre de 2020

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	209,8	240,2	-30,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	13,6	-0,1
Vieillesse	241,2	246,1	-4,9
Famille	48,2	50,0	-1,8
Toutes branches (hors transferts entre branches) en net	499,3	536,6	-37,3
Fonds de solidarité vieillesse	16,7	19,1	-2,5
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse, en net⁶³	497,2	537,0	-39,7

Source : direction de la sécurité sociale

La liste triennale annexée au projet de loi de financement pour 2021 mentionne 29 régimes obligatoires de base de sécurité sociale, dont le détail est récapitulé en annexe. En dehors du régime général, les régimes obligatoires de base comprennent douze régimes d'assurance vieillesse, un régime d'assurance maladie, deux régimes d'accidents du travail-maladies professionnelles, un régime mixte d'assurance vieillesse et d'assurance maladie, cinq régimes mixtes d'assurance vieillesse et d'accidents du travail-maladies professionnelles ainsi que huit régimes mixtes d'assurance maladie, d'assurance vieillesse et d'accidents du travail-maladies professionnelles.

Plusieurs régimes et fonds ont vu leur modalités d'organisation évoluer depuis la présentation qui en a été faite dans la précédente annexe triennale (PLFSS 2018, portant sur des données relatives à l'année 2016). Ainsi, la protection sociale des travailleurs indépendants (artisans et commerçants) et la partie des professions libérales non réglementées non affiliée à la caisse interprofessionnelle d'assurance vieillesse - CIPAV) ont été intégrées au régime général pour l'ensemble des prestations de base. En 2019, seuls 25 régimes de sécurité sociale restaient ainsi en activité avec

⁶³ Pour les recettes et pour les dépenses, sont déduites du total agrégé les opérations réciproques entre les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et le FSV.

des bénéficiaires⁶⁴. La liste des régimes présentés en annexe tient compte de ces dispositions.

B - Avis de la Cour

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

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

En outre, l'appréciation de la Cour tient compte des opinions exprimées sur les comptes des régimes de sécurité sociale et du FSV par leurs auditeurs externes (Cour des comptes pour les branches et l'activité de recouvrement du régime général, commissaires aux comptes dans le cadre d'une mission d'audit légal pour la plupart des autres régimes et pour le FSV, et commissaires aux comptes agissant en tant qu'auditeurs contractuels pour certains régimes⁶⁵).

⁶⁴ À la suite de l'intégration des fonds communs des accidents du travail des salariés non agricoles (Fcat) et des salariés agricoles (Fcata) aux branches respectives des accidents du travail et des maladies professionnelles du régime général et de la mutualité sociale agricole (MSA), cette liste n'indique plus de bénéficiaires en 2019. À la suite de la clôture du régime des chemins de fer de l'Hérault, il a été constaté un seul bénéficiaire en 2019 (PLFSS 2021) comme en 2016.

⁶⁵ Sur cette question, voir C- 2 *infra*.

En application du 2° du VIII de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, auquel renvoie l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour a procédé à des vérifications sur les tableaux d'équilibre de l'exercice 2020 établis par la direction de la sécurité sociale, qui seront soumis à l'approbation du Parlement à l'article premier du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

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

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

2. la Cour a estimé qu'elle était dans l'impossibilité de formuler une opinion sur les comptes de l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2020, ce qui emporte des conséquences sur la fiabilité des comptes des branches du régime général (cf. C- 2 a *infra*) ;

3. les réserves formulées par la Cour sur les comptes des branches du régime général de sécurité sociale et le maintien de la réserve émise par les commissaires aux comptes de la Mutualité sociale agricole, portant sur les incidences de la fiabilité insuffisante des données notifiées par l'État et par les organismes de sécurité sociale tiers à la MSA, soulignent les limites qui continuent d'affecter la fiabilité des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés aux tableaux d'équilibre pour l'exercice 2020, sous l'effet, notamment, de faiblesses persistantes des dispositifs de contrôle interne, au surplus allégés sur l'exercice dans le contexte de la crise sanitaire, et de difficultés comptables (cf. C- 2 b *infra*).

C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour

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

Au-delà des neutralisations des produits et charges réciproques entre les entités comprises dans leur champ que doit décrire l'annexe 4 au projet de loi de financement, les tableaux d'équilibre sont présentés en regroupant en recettes les produits et charges qui concernent les prélèvements sociaux

affectés aux régimes de sécurité sociale et en dépenses les charges et produits qui concernent les prestations dont ils assurent le versement.

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

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

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

De ce fait, elles minorent les montants des produits et des charges par rapport à ceux retracés dans les comptes des régimes de sécurité sociale et du FSV (à hauteur de 18,7 Md€ pour l'ensemble des régimes, dont 14,7 Md€ pour le régime général et 0,3 Md€ pour le FSV).

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

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

À l'exception de régimes de petite taille auxquels s'attachent des enjeux financiers très limités, les comptes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité mentionnés dans la liste triennale annexée au projet de loi de financement pour 2021 ainsi que ceux du FSV relèvent, selon les cas :

- d'une certification par la Cour (régime général de sécurité sociale, État⁶⁶ et Assemblée nationale⁶⁷) ;
- d'une certification par un ou plusieurs commissaires aux comptes (15 régimes et le FSV) ;
- d'un audit contractuel effectué par les commissaires aux comptes de l'organisme auquel la gestion de ces régimes a été déléguée⁶⁸, contrairement aux dispositions législatives qui prévoient une certification et, donc, un audit légal.

La Cour relève que, pour l'exercice 2020, la plupart des rapports des auditeurs externes lui ont été transmis fin juin. Le dernier rapport lui a été adressé le 24 août 2021, ce qui traduit une dégradation par rapport aux transmissions relatives aux exercices 2019 (dernière transmission le 20 juillet) ou 2018 (dernière transmission le 27 juin).

⁶⁶ Régime des pensions civiles et militaires.

⁶⁷ Au titre de son régime de retraite. Contrairement à celui de l'Assemblée nationale, le régime de retraite du Sénat n'est pas intégré au tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

⁶⁸ Régimes gérés par la Caisse des dépôts et consignations, à l'exception de la CNRACL, ainsi que le régime de retraite de la Banque de France.

**Tableau n° 19 : synthèse des opinions exprimées par les auditeurs
externes sur les états financiers de l'exercice 2020 des régimes
obligatoires de base et du FSV**

	Branches/ organismes nationaux du régime général	Autres régimes	En % des charges brutes 2020
Certification sans réserve(s)	-	Cavimac, caisses de retraite de la Comédie française et de l'Opéra, CANSSM, CnavPL, CNBF, CNIEG, CNMSS, CNRACL, CPRP SNCF, CRPCEN, CRPRATP, Enim, FSV, FSPOEIE, Ratocem, Risp	12,7
Absence de réserve (régimes sans personnalité morale distincte)	-	Régime des pensions des agents de l'État ; régime de retraite de l'Assemblée nationale	8,8
Certification avec réserve(s)	Les quatre branches (maladie, AT-MP, vieillesse et famille) du régime général	MSA	78,5
Impossibilité de certifier	L'activité de recouvrement du régime général		N/A

Source : Cour des comptes

Pour le régime général de sécurité sociale, l'exercice 2020 est un exercice exceptionnel, marqué par le choc que constitue la crise sanitaire. Les conséquences de cette crise, dans ses différentes dimensions, sont considérables, y compris dans le domaine comptable.

Sans méconnaître certaines avancées, au rythme des évolutions législatives et réglementaires ou des systèmes d'information⁶⁹, la fiabilité des comptes de l'activité de recouvrement (réseau des Urssaf) et des branches de prestations du régime général de sécurité sociale (maladie, accidents du travail-maladies professionnelles, famille et vieillesse) a enregistré un important recul en 2020. Dans ces conditions, la trajectoire de levée des réserves, sur laquelle les organismes nationaux et leurs tutelles s'étaient engagés depuis plusieurs années⁷⁰, s'est interrompue pour cet exercice.

Compte tenu de leur portée particulière, les incertitudes qui affectent les comptes de l'activité de recouvrement n'ont pas permis à la Cour d'exprimer une opinion sur ces derniers. S'agissant des branches du régime général (hors activité de recouvrement), la Cour a formulé six réserves supplémentaires sur leurs comptes (22 réserves, contre 16 pour 2019). Pour une part, celles-ci sont liées aux constats portant sur les comptes de l'activité de recouvrement. La plupart des réserves préexistantes ont vu leur portée renforcée.

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

Concernant **l'activité de recouvrement**, la Cour a constaté des incertitudes majeures et des désaccords sur les enregistrements comptables liés à des mesures prises dans le contexte de la crise sanitaire. Ainsi, les modifications apportées au cours de l'année 2020 aux modalités d'appel des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants (report des appels provisionnels, puis abattement du revenu servant de base à leur calcul) ont débouché sur un risque significatif de sous-évaluation des produits comptabilisés par rapport à ceux qui résulteront du calcul des montants effectivement dus à la suite du dépôt des déclarations de revenus

⁶⁹ Déploiement du dispositif de ressources mensuelles (DRM), intégré au système d'information de la branche famille en 2020 et dont les données ont commencé à être utilisées pour le calcul des aides au logement en fonction des revenus contemporains depuis janvier 2021 ; pour la branche vieillesse, la préparation technique de la mise en œuvre, en 2021, du répertoire de gestion des carrières unique (RGCU) et l'achèvement de la conception du nouvel outil de régularisation des carrières avant la liquidation des droits à retraite (Syrca) ; le développement des télétransmissions et des échanges dématérialisés entre les assurés et les organismes, accéléré par la crise sanitaire.

⁷⁰ Cette trajectoire avait permis à la Cour de certifier les comptes du régime général de sécurité sociale depuis l'exercice 2013, puis de réduire le nombre de ses réserves sur les comptes, passé de 33 pour l'exercice 2013 à 28 pour l'exercice 2019.

professionnels 2020 (risque estimé entre 1,9 et 3,0 Md€, en appliquant aux créances qui auraient alors été constatées les taux de dépréciation appliqués par l'Acosse aux créances comptabilisées). Si une méthode spécifique de calcul des dépréciations des créances sur les cotisants nées en 2020 n'était pas contestable en soi, compte tenu des caractéristiques particulières des créances en question (qui découlaient des larges facultés de report de paiement accordées par le gouvernement), cette méthode a été appliquée, sans justification suffisante, à une partie seulement des créances en question avec des taux conventionnels, choisis au sein d'un large éventail. Enfin, les produits comptabilisés au titre des exonérations et de l'aide au paiement des prélèvements sociaux accordées aux entreprises des secteurs les plus affectés par les mesures administratives de fermeture et de leur compensation par l'État n'ont pas un caractère exhaustif.

Par ailleurs, les dispositifs de contrôle interne, qui ne procuraient déjà qu'une assurance limitée sur la maîtrise des risques de portée financière affectant l'exercice de leurs missions par les Urssaf, ont été réduits, suspendus ou reportés. En l'absence d'indicateurs synthétiques de mesure des risques financiers qui demeurent après contrôle, la Cour n'a pu apprécier les impacts de ces allègements.

De plus, des désaccords, des incertitudes et des limitations affectent certains enregistrements et estimations comptables. Ainsi, les modalités de notification des impôts et taxes affectés recouvrés par les services des ministères financiers (77,1 Md€) ne permettent pas leur comptabilisation par l'Acosse selon le principe des droits constatés. L'audit de la répartition par l'Acosse des produits, des encaissements et des charges entre les attributaires de l'activité de recouvrement demeure affecté par des limitations. L'estimation des provisions pour risques et charges (3,5 Md€) reste elle aussi affectée par une limitation à l'audit et des incertitudes.

Enfin, une partie des remises versées par les entreprises pharmaceutiques au titre de produits de santé (ATU et post ATU) ont été enregistrées dans les comptes de l'exercice 2020 de l'activité de recouvrement et de son attributaire la branche maladie, alors que les produits en question (0,7 Md€) auraient dû l'être dans les comptes de l'exercice 2019, ce qui conduit à majorer les produits de l'exercice 2020. De plus, une partie des produits à recevoir comptabilisés en 2020 au titre des remises relatives aux médicaments et aux dispositifs médicaux (3,3 Md€) est affectée par des incertitudes significatives. Par ailleurs, la procédure de suivi des litiges gérés par le comité économique des produits de santé (CEPS) ne fournit pas une assurance raisonnable sur le niveau de leur provisionnement.

Les incertitudes et désaccords relevés par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement affectent la fiabilité des produits et créances de prélèvements sociaux comptabilisés par les branches de prestations.

b) Les positions exprimées par la Cour sur les comptes des branches du régime général

Dans le contexte inédit de la crise sanitaire, la **branche maladie** a appliqué de nombreuses mesures nouvelles qui sont venues prolonger la durée des droits de certains assurés, modifier les modalités de financement des établissements de santé, couvrir les pertes d'activité des professionnels de santé libéraux ou encore accélérer le développement de la télésanté. En outre, de nombreuses mesures d'allègement ou de suspension des contrôles de toute nature ont été mises en œuvre sur une grande partie, voire toute l'année. Ainsi, les incidences de la crise sanitaire sont venues s'ajouter aux faiblesses structurelles du contrôle interne, déjà relevées par la Cour.

En particulier, le risque de prise en charge de frais de santé non conformes aux droits effectifs de leurs bénéficiaires est insuffisamment couvert par les contrôles mis en œuvre par l'assurance maladie et n'est pas évalué. De plus, les règlements de frais de santé par l'assurance maladie, pour l'essentiel en tiers payant aux professionnels et aux établissements de santé, sont affectés par de fréquentes erreurs de portée financière imputables aux erreurs de facturation, volontaires ou involontaires, de ces derniers, pour l'essentiel au détriment de l'assurance maladie ; pour 2020, le montant des erreurs en question, non prévenues ou détectées par des actions de contrôles, atteint au moins 2 Md€, à la suite de la correction d'une erreur d'estimation identifiée par la Cour. Par ailleurs, au moins une indemnité journalière sur douze nouvellement mises en paiement était erronée et le montant total des erreurs a atteint 0,3 Md€, principalement au détriment de l'assurance maladie. Plusieurs risques financiers ne sont pas mesurés (assurés en surnombre, erreurs de facturation des établissements de santé publics et privés non lucratifs, fraudes). La **branche AT-MP** a connu des évolutions similaires en matière de contrôle interne.

La justification des comptes de la branche maladie est affectée par des limitations aux travaux d'audit et des désaccords portant, notamment, sur des écritures d'inventaire relatives, en particulier, à la comptabilisation des provisions et des charges pour prestations de soins. Ainsi, l'absence d'informations, appropriées et suffisantes, sur les estimations comptables relatives aux dotations hospitalières et à l'activité tarifée des établissements de santé publics et privés non lucratifs (9,1 Md€) a induit une limitation à l'audit. Au titre des mesures exceptionnelles décidées dans le contexte de

crise sanitaire, il en est de même pour les avances de trésorerie versées aux établissements de santé privés (1,3 Md€). Par ailleurs, l'évaluation de la provision relative à l'indemnisation pour perte d'activité des professionnels de santé conventionnés (1,45 Md€) est affectée par le manque de fiabilité des données utilisées pour son calcul.

En 2020, les organismes de la **branche famille** ont eux aussi exercé leurs missions dans un contexte marqué par la crise sanitaire, qui a conduit les Caf, afin d'assurer la continuité des ressources des allocataires, à adapter leur organisation et à alléger leurs dispositifs de contrôle interne. Dans le contexte d'une augmentation des montants versés au titre du revenu de solidarité active (RSA) et de la prime d'activité, les indus et rappels non détectés au bout de neuf mois par les dispositifs de contrôle interne ont atteint 7,0 Md€, en forte augmentation par rapport à 2019 (5,7 Md€). Ils équivalent à près d'un quart des montants versés pour la prime d'activité, et à près d'un cinquième des montants versés pour le RSA. Le montant des erreurs définitives, principalement en faveur des allocataires, faute d'avoir été détectées par les Caf, n'est pas encore connu à ce stade⁷¹, mais pourrait s'accroître. Pour leur part, les erreurs liées aux opérations internes effectuées par les Caf ont continué à s'inscrire à un niveau élevé (1 Md€, soit 1,4 % du montant des prestations).

Dans la **branche vieillesse**, les erreurs en faveur ou au détriment des assurés anciennement salariés (ou de leur conjoint veuf ou veuve) qui affectent les prestations de retraite nouvellement attribuées ont continué à augmenter. Plus d'une prestation sur six nouvellement attribuée en 2020 a ainsi comporté au moins une erreur avec incidence financière. Entre 2016 et 2020, la proportion des prestations de retraite affectées par une erreur de portée financière a augmenté de près de moitié, passant de 11,5 % à 16,4 %, et l'incidence financière de ces erreurs a plus que doublé, représentant de 0,9 % à 1,9 % du montant des prestations nouvelles. Selon l'estimation de la Cnav, ces erreurs, projetées sur la durée estimée de versement des prestations courant jusqu'au décès de leur bénéficiaire, auront une portée cumulative de 1,6 Md€. Enfin, la correcte prise en compte des cotisations versées par les travailleurs indépendants pour le calcul de leurs droits à retraite et la mesure des erreurs qui les affectent sont imparfaitement assurées.

⁷¹ L'estimation des erreurs affectant les prestations versées en 2020 et non corrigées 24 mois en moyenne après leur mise en paiement sera connue en 2021.

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

Les comptes des autres régimes pour lesquels la Cour a été destinataire des rapports d'opinion de leurs commissaires aux comptes ont été certifiés sans réserve par ces derniers, à l'exception des comptes de la Mutualité sociale agricole, dont les commissaires aux comptes ont reconduit leur réserve relative aux incidences de la fiabilité insuffisante des données qui lui ont été notifiées par l'État et par les autres organismes de sécurité sociale.

L'instauration, par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, de modalités d'amortissement par la Cades des déficits du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui se traduisent par des dettes non rémunérées à l'égard de la branche vieillesse du régime général, dans l'attente de leur transfert à la Cades, a conduit le commissaire aux comptes de ce fonds à lever la réserve qu'il avait exprimée sur les comptes de ce dernier pour l'exercice 2019.

II - Avis de la Cour sur la cohérence du tableau patrimonial au 31 décembre 2020

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

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

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

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

Le périmètre du tableau patrimonial est moins étendu que celui de la loi de financement de la sécurité sociale : certains régimes n'y sont pas intégrés, soit en l'absence de bilan, soit parce que le montant total de leur bilan est inférieur à 30 M€ et qu'ils ne sont, par ailleurs, pas autorisés à recourir à l'emprunt par la loi de financement de l'année⁷².

⁷² Par ailleurs, le tableau patrimonial n'inclut plus de retraitements liés à la caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants (CNDSSTI), cette dernière ayant été dissoute au 1^{er} janvier 2020 et ses actifs et passifs intégrés aux branches maladie et vieillesse du régime général.

A - Le tableau patrimonial au 31 décembre 2020

Le tableau patrimonial au 31 décembre 2020 présenté ci-après figurera à l'annexe A visée à l'article 2 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 soumis à l'approbation du Parlement.

Tableau n° 20 : tableau patrimonial au 31 décembre 2020

ACTIF (en Md€)	2020	2019	Variation	PASSIF (en Md€)	2020	2019	Variation
IMMOBILISATIONS	7,3	7,4	-0,1	FONDS PROPRES	-86,7	-61,4	-25,3
Immobilisations non financières	5,2	5,2	0,0	Dotations	19,0	20,7	-1,7
Régime général	4,3	4,3	0,0	Régime général	0,2	0,2	0,0
Autres régimes	0,9	0,9	0,0	Autres régimes	7,3	7,0	0,4
FSV	0,0	0,0	0,0	FSV	0,0	0,0	0,0
Cades	0,0	0,0	0,0	Cades	0,2	0,2	0,0
FRR	0,0	0,0	0,0	FRR	11,3	13,4	-2,1
Prêts, dépôts de garantie et autres	1,3	1,4	-0,1	Réserves	22,9	22,2	0,7
Régime général	1,0	1,1	-0,1	Régime général	3,8	3,8	0,0
Autres régimes	0,3	0,3	0,0	Autres régimes	7,2	7,3	-0,1
FSV	0,0	0,0	0,0	FSV	0,0	0,0	0,0
Cades	0,0	0,0	0,0	Cades	0,0	0,0	0,0
FRR	0,0	0,0	0,0	FRR	11,9	11,1	0,8
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale (Ugecam, UIOSS)	0,9	0,9	0,0	Report à nouveau	-108,1	-122,6	14,5
Régime général	0,9	0,9	0,0	Régime général	5,1	-4,6	9,6
Autres régimes	0,0	0,0	0,0	Autres régimes	-0,2	-4,1	3,9
FSV	0,0	0,0	0,0	FSV	-3,7	-8,4	4,7
Cades	0,0	0,0	0,0	Cades	-109,3	-105,5	-3,7
FRR	0,0	0,0	0,0	FRR	0,0	0,0	0,0
				Résultat de l'exercice	-22,9	15,4	-38,3
				Régime général	-35,2	-40,3	-35,9
				Autres régimes	-1,0	0,1	-1,2
				FSV	-2,5	-1,6	-0,9
				Cades	16,1	16,3	-0,2
				FRR	0,7	0,8	-0,1
				Autres	2,5	2,9	-0,5
				Régime général	0,0	0,0	0,0
				Autres régimes	0,0	0,0	0,0
				FSV	0,0	0,0	0,0
				Cades	0,0	0,0	0,0
				FRR	2,4	2,9	-0,5
				PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES	20,9	17,2	3,7
				Régime général	18,4	14,8	3,5
				Autres régimes	2,2	2,0	0,2
				FSV	0,1	0,1	0,0
				Cades	0,1	0,1	0,0
				FRR	0,0	0,0	0,0
				Autres attributaires (AOT, CNSA...)*	0,1	0,1	0,0
ACTIF FINANCIER	68,1	57,9	10,2	PASSIF FINANCIER	178,8	132,5	46,3
Valeurs mobilières et titres de placement	39,2	45,1	-6,0	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, ECP)	165,5	118,6	47,0
Régime général	0,0	0,0	0,0	Régime général (échéance < 1 an)	62,5	26,5	36,0
Autres régimes	13,8	12,9	0,9	Cades (échéance < 1 an)	30,9	21,4	9,5
FSV	0,0	0,0	0,0	Cades (échéance > 1 an)	72,1	70,7	1,5
Cades	0,0	0,0	0,0	Dettes à l'égard d'établissements de crédit	7,3	6,4	0,9
FRR	25,3	32,3	-6,9	Régime général (y compris prêts CDC)	6,0	5,1	0,8
Encours bancaire	26,9	12,1	14,8	Autres régimes (y compris prêts CDC)	0,4	0,3	0,1
Régime général	10,6	1,5	9,2	FSV	0,0	0,0	0,0
Autres régimes	5,6	6,4	-0,8	Cades	1,0	1,0	0,0
FSV	0,0	0,0	0,0	FRR	0,0	0,0	0,0
Cades	9,9	3,1	6,9	Dépôts	0,4	0,4	0,0
FRR	0,7	1,1	-0,4	Acoss	0,4	0,4	0,0
Créances nettes au titre des instruments financiers	2,0	0,6	1,4	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,0	0,2	-0,2
Cades	1,7	0,3	1,3	Acoss	0,0	0,2	-0,2
FRR	0,3	0,3	0,0	Cades	0,0	0,0	0,0
				FRR	0,0	0,0	0,0
				Autres	5,4	6,8	-1,4
				Régime général	0,0	0,0	0,0
				Autres régimes	5,3	5,7	-0,5
				Cades	0,1	1,1	-1,0
ACTIF CIRCULANT	101,6	83,4	18,2	PASSIF CIRCULANT	64,1	60,4	3,7
Créances de prestations	12,1	9,2	2,9	Dettes à l'égard des bénéficiaires (yc charges à payer)	29,0	30,5	-1,4
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	16,9	8,5	8,4	Dettes à l'égard des cotisants (yc charges à payer)	4,4	2,1	2,3
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et impôts de sécurité sociale	52,1	47,8	4,3				
Créances sur l'Etat, autres entités publiques et organismes de sécurité sociale	13,1	10,9	2,2	Dettes à l'égard de l'Etat, autres entités publiques et organismes de sécurité sociale (yc charges à payer)	16,4	11,4	5,1
Produits à recevoir de l'Etat	1,9	0,6	1,2				
Autres actifs (débiteurs divers, comptes d'attente et de régul.)	5,5	6,3	-0,8	Autres passifs (crédeurs divers, comptes d'attente et de régul.) (yc charges à payer)	14,2	16,5	-2,2
TOTAL DE L'ACTIF	177,0	148,7	28,3	TOTAL DU PASSIF	177,0	148,7	28,3

Source : Cour des comptes d'après le projet transmis par la direction de la sécurité sociale

Le tableau patrimonial au 31 décembre 2020 traduit une forte dégradation de la situation patrimoniale de la sécurité sociale dans le contexte de la crise sanitaire.

Par analogie avec la présentation du compte général de l'État, le montant présenté en fonds propres (-86,7 Md€ au 31 décembre 2020, contre 61,4 Md€ fin 2019) pourrait être assimilé à la situation nette consolidée des entités entrant dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale.

En 2020, les fonds propres se sont détériorés de 25,3 Md€ (après avoir connu une amélioration de 15,6 Md€ en 2019 et de 11,6 Md€ en 2018), sous l'effet d'une double évolution.

D'une part, le **résultat net d'ensemble** se détériore fortement et retrouve un solde négatif (-22,9 Md€, soit une dégradation de 38,3 Md€ par rapport à 2019), ce qui traduit :

- la hausse considérable du solde déficitaire du régime général (-36,2 Md€ en 2020 contre -0,3 Md€ en 2019) et de celui du FSV (-2,5 Md€ contre - 1,6 Md€ en 2019) ;
- celui, également déficitaire, des autres régimes (-1,0 Md€ contre +0,1 Md€ en 2019) ;
- le quasi maintien des soldes excédentaires de la Cades (16,1 Md€ contre 16,3 Md€ en 2019) et du FRR (0,7 Md€ contre 0,8 Md€ en 2019)⁷³ ;

D'autre part, le **report à nouveau** s'améliore (-108,1 Md€ au 31 décembre 2020 contre -122,6 Md€ fin 2019), compte tenu de :

- l'affectation en report à nouveau des soldes positifs de la Cades (16,3 Md€) et du FRR (0,8 Md€) au titre de l'exercice 2019, qui apporte une contribution positive à la variation des fonds propres, à hauteur de 14,7 Md€) ;
- l'effet de la couverture par la Cades de 20 Md€ de déficits de la branche maladie, du FSV, de la branche vieillesse du régime des

⁷³ Ces derniers n'ont toutefois pas pour objet de compenser les résultats déficitaires des régimes et du FSV relatifs au même exercice. La Cades a pour mission d'amortir les déficits qui lui a été transférés, son résultat annuel excédentaire étant affecté à cet amortissement. Créé pour concourir au financement à long terme des régimes de retraite de base, le FRR verse annuellement 2,1 Md€ à la Cades entre 2011 à 2024 en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. La loi du 7 août précitée prévoit, au-delà de 2024, un versement annuel de 1,45 Md€ du FRR à la Cades sans limitation de durée, et donc implicitement jusqu'à l'extinction du fonds.

non-salariés agricoles au titre des exercices antérieurs⁷⁴, ce qui améliore les reports à nouveau du régime général (9,7 Md€), du FSV (4,7 Md€) et des autres régimes (3,9 Md€).

L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre le passif⁷⁵ et l'actif financiers⁷⁶, atteint 110,6 Md€ au 31 décembre 2020. Après quatre années consécutives de réduction, il augmente de 36,0 Md€ par rapport à 2019. Cette hausse recouvre notamment :

- une augmentation de l'endettement financier net du régime général (+27,0 Md€), qui s'établit à 57,8 Md€ au 31 décembre 2020, dont 52,3 Md€ portés par l'Acoss. Cette évolution reflète l'augmentation des dettes financières de l'Acoss (62,9 Md€ fin 2020 contre 26,9 Md€ fin 2019, dépôts y compris), dont le plafond autorisé d'emprunt a été porté de 39 Md€ à 95 Md€ en cours d'année. Pour une part, ces emprunts ont pour contrepartie une augmentation des disponibilités, dont l'Acoss a relevé le niveau par précaution (10,4 Md€ contre 1 Md€ fin 2019) ;
- une augmentation de l'endettement financier net de la Cades (+1,8 Md€), qui s'établit à 92,6 Md€ au 31 décembre 2020, ses passifs financiers ayant augmenté de 10 Md€⁷⁷, tandis que ses actifs financiers ont progressé de 8,2 Md€⁷⁸.

B - Avis de la Cour

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

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

⁷⁴ En application du décret n° 2020-1074 du 19 août 2020.

⁷⁵ Pour l'essentiel, l'endettement social est porté par la Cades et par l'Acoss.

⁷⁶ Les actifs financiers sont principalement détenus par le FRR (26,4 Md€), la Cades (11,6 Md€), le régime de retraites de la Banque de France (12,6 Md€), non doté de la personnalité morale, l'Acoss (10,6 Md€) et la MSA (1,7 Md€).

⁷⁷ Du fait notamment d'une forte hausse des titres de créances négociables (+ 11 Md€), tandis que les dépôts de garantie ont diminué (-0,9 Md€).

⁷⁸ Sous l'effet de la hausse des disponibilités sur le compte de dépôt en euros (+6,9 Md€) et des hausses de dépôts de garantie (+1,3 Md€).

de ces entités⁷⁹, de la pertinence des autres retraitements des données comptables effectués au regard des principes comptables et de la permanence des méthodes mises en œuvre. De manière générale, elle apprécie la qualité de l'information procurée au Parlement dans le cadre et à l'appui du tableau patrimonial.

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

**

En application du 2° du VIII de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, auquel renvoie l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour a procédé à des vérifications sur le projet de tableau patrimonial au 31 décembre 2020 établi par la direction de la sécurité sociale, qui figurera à l'annexe A soumise à l'approbation du Parlement à l'article 2 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, ainsi que sur les éléments d'information qui seront intégrés aux annexes A et 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour cette même année.

À l'issue de ces vérifications, la Cour estime que le tableau patrimonial qui sera soumis à l'approbation du Parlement à l'article 2 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 fournit une représentation cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2020. Elle formule néanmoins l'observation suivante :

- les données comptables intégrées au tableau patrimonial au 31 décembre 2020 présentent une fiabilité variable et parfois insuffisante, comme le soulignent l'impossibilité de certifier les comptes de l'activité de recouvrement, l'augmentation du nombre de réserves exprimées par la Cour sur les comptes des branches de prestations du régime général de sécurité sociale (22 au total, contre 16 sur les comptes de 2019) et la reconduction de la réserve formulée par les commissaires aux comptes de la Mutualité sociale agricole du fait de la fiabilité insuffisante des données notifiées par l'État et par les organismes de sécurité sociale tiers à la MSA.

⁷⁹ La détermination et le rapprochement des actifs et passifs réciproques sont justifiés par des accords de soldes, validés par les directeurs comptables et financiers, ou directement à partir des balances comptables auditées.

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

1. les dettes comptabilisées par le FRR à l'égard de la Cades (21,5 Md€ au 31 décembre 2020)⁸⁰ ont été réintégrées aux fonds propres du FRR, en diminution de ses dotations⁸¹, compte tenu de l'absence de comptabilisation par la Cades de créances réciproques sur le FRR⁸². Ce reclassement n'a pas d'incidence sur le montant total des capitaux propres retracés par le tableau patrimonial, mais uniquement sur leur ventilation entre la Cades et le FRR ;
2. en application des dispositions spécifiques de la réglementation comptable applicable aux OPCVM⁸³, le FRR comptabilise ses instruments financiers non pas à la valeur historique, mais à la valeur de marché (soit 25,3 Md€ au 31 décembre 2020) et, au passif de son bilan, un écart positif d'estimation par rapport au coût d'acquisition de ces mêmes actifs (2,1 Md€) ;
3. dans le cadre de l'adossement, en 2005, du financement du régime spécial de retraite des industries électriques et gazières (IEG) à la branche vieillesse du régime général, les employeurs des IEG ont versé une soulte de 3,1 Md€ à la Cnav, qui l'a elle-même reversée au Fonds de réserve pour les retraites (FRR), chargé d'en assurer la gestion. En mai 2020, le FRR a reversé à l'Acoss l'intégralité du montant de cette soulte, majoré des gains réalisés dans le cadre de sa gestion (soit 5,0 Md€)⁸⁴ ;

⁸⁰ En vue de financer une partie des reprises de déficits des branches famille, maladie et vieillesse du régime général et du FSV, la LFSS pour 2011 a prévu le versement par le FRR à la Cades de 2,1 Md€ par an entre 2011 et 2024, soit 29,4 Md€ au total.

⁸¹ Par analogie avec le traitement comptable des versements du FRR aux régimes de retraite alors prévu à partir de 2020 (avis n° 2008-10 du conseil national de la comptabilité - CNC -), les versements du FRR à la Cades sont opérés en premier lieu sur les réserves du fonds et, quand celles-ci sont épuisées, sur ses dotations. De ce fait, dans le tableau patrimonial, le montant restant dû à la Cades a été reclassé dans le poste « dotations » du FRR.

⁸² Dans l'annexe à ses comptes, la Cades mentionne ces ressources en tant qu'engagements reçus du FRR (hors bilan).

⁸³ Avis n° 2003-07 du conseil national de la comptabilité (CNC), modifié par l'avis n° 2008-10 du 5 juin 2008.

⁸⁴ Le débouclage des instruments financiers sous-jacents à la soulte a été opéré à une date peu favorable sur le plan financier, l'écart d'estimation reflétant la performance du placement présentant un écart de -2,0 Md€ par rapport à la clôture 2019 (soit 1,1 Md€ au 31 mai 2020 contre 3,1 Md€ au 31 décembre 2019).

4. une dette de 5,2 Md€ est comptabilisée en contrepartie du transfert à la caisse de réserve des employés de la Banque de France, non dotée de la personnalité morale, décidé par le conseil général de la Banque de France, des actifs représentatifs de la réserve spéciale pour les retraites instituée par l'établissement en 2007⁸⁵. En 2020, cette dette a diminué de 0,5 Md€, sous l'effet du prélèvement effectué au cours de l'exercice sur la réserve spéciale afin de financer le paiement des pensions réglementaires non couvertes par les revenus des portefeuilles de titres. La contrepartie de la réduction de l'avance consentie par la Banque de France est comptabilisée dans les produits de gestion technique ;
5. comme les exercices précédents, les titres de participation, inscrits initialement en immobilisations par les entités détentrices, sont reclassés en valeurs mobilières et titres de placement, pour un montant de 3,5 Md€⁸⁶, inchangé par rapport à 2019. Si ces actifs ne répondent pas strictement à la définition comptable des valeurs mobilières de placement⁸⁷, ce reclassement permet de présenter l'ensemble des actifs financiers à une même rubrique (« Actif financier »).

C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour

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

S'agissant du régime général de sécurité sociale, les données comptables intégrées au tableau patrimonial au 31 décembre 2020 présentent une fiabilité variable et parfois insuffisante, comme le soulignent l'impossibilité de certifier les comptes de l'activité de recouvrement, l'augmentation du nombre de réserves exprimées par la Cour sur les comptes des branches de prestations (22 au total, contre 16 sur

⁸⁵ Les actifs ainsi transférés à compter du 1^{er} janvier 2018 comprenaient l'avance initiale de 2 Md€ de titres de placement et 0,9 Md€ de trésorerie adossée à la réserve spéciale, auxquels se sont ajoutées deux dotations complémentaires en trésorerie, provenant de l'affectation à la réserve spéciale d'une partie du bénéfice de la Banque de France, de 0,7 Md€ et de 1,0 Md€ respectivement, au titre de 2017 et de 2018.

⁸⁶ Ces titres, essentiellement détenus par les régimes autres que le régime général, sont principalement portés par la CnavPL (1,4 Md€), la MSA (1,2 Md€), la CNBF (0,5 Md€), la CRPCEN (0,2 Md€) et la Banque de France (0,2 Md€).

⁸⁷ Le plan comptable général (PCG) définit les valeurs de placement comme étant des titres acquis en vue de réaliser un gain à brève échéance, tandis que les titres de participation sont détenus de façon durable et permettent d'exercer une influence sur la société émettrice des titres ou d'en assurer le contrôle.

les comptes 2019), et la réserve émise par les commissaires aux comptes de la Mutualité sociale agricole. Il est renvoyé sur ce point aux développements précédents sur les tableaux d'équilibre (cf. I- C- *supra*).

Concernant les entités qui sont comprises dans le champ du tableau patrimonial, mais non dans celui des tableaux d'équilibre, la Cour note que les états financiers du FRR au 31 décembre 2020 ont été certifiés sans réserve par ses commissaires aux comptes. Les états financiers de la Cades ont par ailleurs été certifiés sans réserve par son commissaire aux comptes.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Au regard des comptes arrêtés des entités comprises dans leurs champs respectifs, les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial qui seront soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 fournissent une représentation cohérente du résultat (« solde ») et de la situation patrimoniale des entités en question.

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

Par rapport à ceux de l'exercice 2019, les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2020 sont affectés par une moindre fiabilité des données comptables qui y sont intégrées. En effet, la Cour a constaté qu'elle était dans l'impossibilité de certifier les comptes de l'activité de recouvrement et a émis un nombre accru de réserves sur ceux des branches de prestations du régime général, la portée de la plupart des réserves préexistantes ayant été par ailleurs renforcée.

Les travaux menés par la Cour afin de vérifier la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial relatifs à l'exercice 2020 sont intervenus dans le contexte de l'examen par le Parlement d'une réforme du cadre organique des lois de financement de la sécurité sociale⁸⁸,

Or, s'agissant des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2020, la Cour a reçu fin août 2021, seulement, :

- le projet de tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du détail des correctifs apportés aux comptes de ces régimes afin de l'établir ;*

⁸⁸ La proposition de loi organique n° 4111 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, présentée le 4 mai 2021 par M. Thomas Mesnier, député prévoit d'instaurer une loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale distincte des lois de financement, et dont le projet serait déposé au 1^{er} juin. Le projet de loi d'approbation des comptes devrait être accompagné des avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial relatifs au dernier exercice clos. La proposition prévoit que ces dispositions s'appliqueraient pour la première fois aux comptes de l'exercice 2022.

- le projet d'annexe 4 au projet de loi de financement qui contient des informations intéressant l'ensemble des tableaux d'équilibre (modalités d'établissement, détail des recettes et des dépenses, analyse des évolutions par rapport à 2019 et par rapport aux prévisions 2020).

De ce fait, la Cour relève que, au regard des conditions actuelles de communication de ces éléments, et à défaut de progrès majeur, elle se verrait dans l'impossibilité d'émettre ses avis, tout au moins sur les tableaux d'équilibre, s'il était demandé au Parlement d'approuver ces derniers dans un calendrier avancé par rapport à celui en vigueur.

Les modalités d'élaboration des tableaux d'équilibre et le calendrier de transmission à la Cour des éléments nécessaires à l'émission de ses avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre doivent donc être adaptés.

La Cour formule les recommandations suivantes :

1. revoir les modalités d'établissement, de validation et de transmission à la Cour des tableaux d'équilibre, du détail des retraitements opérés à partir des comptes des entités comprises dans leur champ, ainsi que des éléments du projet d'annexe 4 qui s'y rapportent, afin que la Cour soit, dans tous les cas, en mesure de communiquer au Parlement ses avis sur leur cohérence dans le délai résultant des dispositions organiques, en vigueur comme projetées, du code de la sécurité sociale (ministère chargé de la sécurité sociale) ;
2. (recommandation réitérée) mettre fin aux contractions de produits et de charges dans les tableaux d'équilibre, non conformes au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, pour l'établissement des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ministère chargé de la sécurité sociale).

Annexe

**Tableau n° 21 : liste des régimes (hors régime général) intégrés
au tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires
de base de sécurité sociale, présentés par branche**

	Risque Maladie	Risque Vieillesse	Risque AT-MP
<i>Régimes de droit commun</i>			
Régime général des salariés et des travailleurs indépendants	X	X	X
Régime des salariés agricoles (MSA)	X	X	X
Régime des exploitants agricoles (MSA)	X	X	X
<i>Régimes des professionnels libéraux</i>			
Régime de retraite des professions libérales (CnavPL et ses sections)		X	
Régime de retraite des avocats (CNBF)		X	
<i>Régimes spéciaux ouverts (L711-2 CSS)</i>			
Régime spécial de retraite des fonctionnaires civils et militaires (SRE)		X	
Régime spécial maladie-maternité des militaires (CNMSS)	X		
Régimes spéciaux des agents des collectivités locales (CNRACL et FATIACL)		X	X
Fonds spécial des ouvriers des établissements industriels de l'État (FSPOEIE)		X	X
Régime spécial des agents de la SNCF (CPRP SNCF)	X	X	

	Risque Maladie	Risque Vieillesse	Risque AT-MP
Régime spécial des agents de la RATP (CRP RATP)	X	X	X
Régime spécial des industries électriques et gazières (CNIEG)		X	X
Régime spécial des invalides de la marine (Enim)	X	X	X
Régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN)	X	X	X
Régimes des cultes (Cavimac)	X	X	X
Régime spécial de sécurité sociale des personnels de la Banque de France		X	X
Caisse de pension des députés et des anciens députés et caisse de retraite du personnel de l'Assemblée nationale		X	
Rentes accidents du travail des ouvriers civils des établissements militaires (Ratocem)		X	
Caisse de retraites des personnels de l'Opéra national de Paris (Cropera)		X	X
Caisse de retraites du personnel de la Comédie Française (CRPCF)		X	
Régime des cultes d'Alsace Moselle		X	
Régime d'assurance vieillesse du Port autonome de Strasbourg		X	
<i>Régimes spéciaux fermés</i>			
Régime spécial de sécurité sociale dans les mines (CANMSS) (depuis 1 ^{er} septembre 2010)	X	X	X
Ex-SEITA		X*	

	Risque Maladie	Risque Vieillesse	Risque AT-MP
Régime spécial des chemins de fer de l'Hérault		X	
<i>Fonds/rentes d'invalidité fermés</i>			
Fonds commun des accidents du travail pour les salariés des professions non agricoles (FCAT)			X*
Fonds commun des accidents du travail agricole (FCATA)			X*
Régime d'indemnisation des sapeurs- pompiers communaux non professionnels (Risp)		X	
Rentes AT (mairie de Paris, assistance publique de Paris, département de Paris)		X	

(*) Régime ne comprenant aucun bénéficiaire en 2019.

Source : liste des régimes annexée au PLFSS 2021.

Chapitre II

Les lois de financement de la sécurité sociale : un cadre à réformer

PRÉSENTATION

Instaurées il y a 25 ans, en 1996, les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) soumettent à l'approbation du Parlement les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale et en fixent les objectifs de dépenses, compte tenu des prévisions de recettes, dans les conditions et sous les réserves prévues par des dispositions législatives de niveau organique⁸⁹.

Ces conditions générales de l'équilibre financier sont détaillées par branche pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, par branche du régime général et pour le Fonds de solidarité vieillesse. Elles concernent le dernier exercice comptable clos, dont les lois de financement annuelles arrêtent les comptes, et l'exercice en cours, l'exercice à venir, ainsi que les trois exercices suivants, pour lesquels sont exprimés des objectifs de dépenses et des prévisions de recettes et de solde (résultat).

Les LFSS sont la clé de voûte de la gouvernance financière de la sécurité sociale, en permettant un examen périodique par le Parlement de l'évolution de la situation et des perspectives financières de la sécurité sociale et de ses déterminants en recettes et en dépenses.

Néanmoins, les LFSS pourraient apporter une contribution plus nette à la transparence des choix relatifs aux politiques et aux finances sociales et au rétablissement de la situation financière de la sécurité sociale.

Il apparaît ainsi nécessaire de renforcer les fonctions de constatation et de prévision annuelles exercées par les lois de financement de la sécurité sociale (I) et de leur faire jouer un rôle plus actif dans le redressement financier de la sécurité sociale et, au-delà, des finances publiques prises dans leur ensemble (II).

⁸⁹ Article 34 de la Constitution et articles LO. 111-3 à LO. 111-10-2 du code de la sécurité sociale.

I - Renforcer les fonctions de constatation et de prévision annuelles des lois de financement de la sécurité sociale

Les lois de financement de la sécurité sociale ont une triple fonction de constatation des résultats du dernier exercice clos, d'actualisation des prévisions relatives à l'exercice en cours et de prévision pour l'exercice à venir. Ces fonctions ont marqué un net progrès par rapport à la situation antérieure à la création de ces lois. Au vu de la pratique des dix dernières années, des évolutions de leur cadre organique permettraient d'en renforcer l'impact.

A - Donner au Parlement une information plus complète

Lorsque le Gouvernement soumet au Parlement le projet de loi de financement annuel de la sécurité sociale (PLFSS), le débat est avant tout consacré aux prévisions pour l'année suivante et à l'actualisation de celles relatives à l'année en cours. Une attention plus réduite est accordée au bilan financier de la dernière année écoulée.

À l'image de la loi de règlement pour le budget de l'État, et suivant une recommandation constante de la Cour⁹⁰, réitérée encore dernièrement⁹¹, une proposition de loi organique⁹² adoptée en première lecture par l'Assemblée nationale (19 juillet 2021) puis avec modifications par le Sénat (28 septembre 2021) prévoit qu'à compter de 2023, le Gouvernement dépose avant le 1^{er} juin une loi d'approbation des comptes relatifs au dernier exercice clos. Cette évolution permettrait d'intégrer au « printemps de l'évaluation » mis en place à l'Assemblée nationale l'évaluation des résultats et de la situation financière de la sécurité sociale, ainsi que des politiques menées dans ce cadre. La loi de financement de la

⁹⁰ Cour des comptes, « Les lois de financement de la sécurité sociale : une ambition à élargir », in *La sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2014, chapitre V, p. 153-175, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁹¹ Cour des comptes, « Les finances publiques : pour une réforme du cadre organique et de la gouvernance », novembre 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁹² Assemblée nationale, proposition de loi organique n° 4111 (XVème législature) relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

sécurité sociale de l'année à venir, à l'automne, serait alors recentrée sur l'exercice en cours et celui à venir.

Les progrès attendus de la création des lois d'approbation des comptes dépendent cependant, en partie, de la communication au Parlement d'informations plus complètes.

1 - Les produits et les charges qui déterminent les résultats annuels

Les PLFSS soumettent à l'approbation du Parlement des tableaux d'équilibre pour le dernier exercice clos, l'exercice en cours et celui à venir. Des tableaux, distincts et présentés par branche⁹³, s'appliquent, d'une part aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale pris dans leur ensemble et d'autre part au régime général ; un autre tableau porte sur le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui finance une partie des droits non-contributifs de retraite.

À ce titre, sont soumis à l'approbation du Parlement uniquement des montants agrégés de produits⁹⁴ et de charges et le résultat qui en découle⁹⁵, exprimés en milliards et centaines de millions d'euros. L'annexe B, également soumise à cette approbation, fournit des éléments comparatifs avec les produits et les charges de l'exercice précédent, mais toujours à un niveau agrégé.

L'annexe 4 au PLFSS annuel, à caractère informatif, précise l'objet des montants figurant à l'article 1^{er} et à l'annexe B, mais avec un niveau de détail limité. Il en va de même de l'annexe 7 relative à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

⁹³ Maladie, accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP), famille, vieillesse et autonomie, créée par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

⁹⁴ Pour l'année à venir, l'annexe C soumise à l'approbation du Parlement fournit une présentation détaillée des produits, ventilés par nature et branche (ou FSV) bénéficiaire.

⁹⁵ Ces agrégats sont désignés sous des termes (« recettes », « dépenses » et « solde ») qui renvoient à la tenue de la comptabilité des organismes de sécurité sociale en encaissements et décaissements avant 1996, et non en droits constatés depuis lors.

Les produits et les charges : une information souvent très agrégée

S'agissant des **produits** relatifs au dernier exercice clos et à l'exercice en cours, l'annexe 4 au PLFSS annuel détaille les cotisations sociales par types de cotisants, la CSG par types d'assiettes et les recettes fiscales par catégories d'impositions. Ces informations sont fournies au niveau agrégé de l'ensemble des régimes de base et du FSV.

S'agissant des **charges** relatives au dernier exercice clos, à l'exercice en cours et à celui à venir, les informations de l'annexe 4 sont également exprimées à un niveau agrégé. Les prestations maladie-maternité sont présentées en un seul bloc pour l'ensemble des régimes, soit 192,8 Md€ dans le PLFSS 2021. Pour les prestations de retraite, les données distinguant les droits propres et les droits dérivés sont indiquées uniquement pour l'ensemble des régimes, et pas pour le régime général. Pour les prestations AT-MP, les données distinguant les prestations d'incapacité temporaire et permanente sont elles aussi exprimées uniquement pour l'ensemble des régimes ; au sein des prestations d'incapacité temporaire, les prises en charge de frais de santé et les indemnités journalières ne sont pas identifiées.

En outre, la comparaison des réalisations avec les prévisions est imparfaitement assurée. Si l'annexe 4 recense les principaux écarts par rapport à la LFSS initiale, elle ne comprend pas de tableau réunissant, avec un niveau de détail approprié, les montants prévus par la LFSS initiale, les montants constatés dans les comptes et les écarts par rapport à la prévision.

L'information relative aux produits et aux charges, y compris celles relevant de l'Ondam, à l'appui des futurs projets de loi d'approbation des comptes et de LFSS pourrait être significativement améliorée pour le dernier exercice clos, l'exercice en cours et l'exercice à venir, sans charge administrative supplémentaire, les informations actuellement fournies correspondant à des contractions de données ou de prévisions existantes.

2 - Les déterminants de l'évolution des dépenses

Dans les PLFSS récents, l'actuelle annexe 7 relative à l'Ondam a été notablement enrichie afin de préciser les impacts des évolutions démographiques sur les dépenses de santé, les effectifs de patients, les dépenses totales et les dépenses moyennes par patient pour les principales pathologies, ainsi que les déterminants en volume et en prix de l'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux.

Cependant, le lien de causalité entre ces déterminants et les évolutions des dépenses prévisionnelles et constatées de l'Ondam soumises à l'approbation du Parlement devrait être plus directement explicité. De

même, la contribution du facteur prix devrait distinguer les impacts respectifs des évolutions tarifaires et des évolutions dans la structure de la consommation de soins et de biens médicaux.

S'agissant des dépenses prévisionnelles et constatées des prestations de retraite et familiales, l'actuelle annexe 4 devrait distinguer les impacts respectifs de l'évolution du nombre de bénéficiaires, de l'indexation des prestations versées et des effets de structure⁹⁶ dans leurs montants.

3 - Le recensement et le chiffrage des « niches sociales »

Tout en relevant des progrès, la Cour avait souligné en 2019⁹⁷ que le recensement et le chiffrage des mesures dérogatoires aux règles d'assiette et de taux de droit commun des prélèvements sociaux (« niches sociales ») ne figuraient pas de manière exhaustive dans l'annexe 5 aux PLFSS annuels.

Malgré des améliorations, la représentation des pertes brutes⁹⁸ de prélèvements sociaux liées aux « niches sociales » était encore, dans le PLFSS 2021, significativement minorée : omission des dispositifs ayant pour origine la sécurité sociale elle-même⁹⁹ ; absence de chiffrage¹⁰⁰ ou chiffrage incomplet¹⁰¹ de pertes de recettes liées à d'autres dispositifs ; maintien à l'écart du tableau de synthèse des chiffrages relatifs aux prélèvements sociaux sur les revenus de remplacement et les impôts et taxes affectés.

⁹⁶ En moyenne, les carrières plus longues et mieux rémunérées des nouveaux pensionnés leur ouvrent des droits à retraite plus élevés que ceux des pensionnés déjà en paiement.

⁹⁷ Cour des comptes, « Les niches sociales : des dispositifs dynamiques et insuffisamment encadrés, une rationalisation à engager », in *La sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2019, chapitre V, p. 95-130, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁹⁸ Avant prise en compte des effets indirects des « niches sociales » sur les produits de prélèvements sociaux, liés à leurs impacts sur l'emploi et l'activité économique. Ces effets indirects ne sont, eux, pas mesurés dans les documents remis au Parlement.

⁹⁹ Prise en charge par l'assurance maladie d'une partie des cotisations sociales des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés et par la branche famille des cotisations et contributions sociales dues sur les salaires des assistantes maternelles et gardes d'enfants dans le cadre de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje).

¹⁰⁰ Ainsi, l'exemption d'assiette d'une partie des indemnités versées aux élus locaux.

¹⁰¹ En particulier, le coût des exemptions d'assiette est minoré : il est calculé en fonction de taux de cotisations moyens effectifs, après application des allègements généraux. Or le coût de ces derniers est calculé d'après les assiettes assujetties, après exemptions.

En outre, certaines « niches sociales » ont fait l'objet de dispositions juridiques de compensation, non par des dépenses du budget de l'État, mais selon d'autres modalités¹⁰², sans que l'information correspondante soit communiquée dans l'annexe 5.

4 - Les performances des organismes de sécurité sociale¹⁰³

Le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (Repss)¹⁰⁴ relatif au financement fournit une estimation du montant du manque à gagner de prélèvements sociaux imputable à des sous-déclarations et à des fraudes, au titre notamment du travail dissimulé. Cette estimation aurait vocation à couvrir non seulement les employeurs privés, mais aussi les travailleurs indépendants.

L'actuelle annexe 2 aux PLFSS (« organismes de sécurité sociale : gestion, performance et simplification ») fournit une estimation de la fréquence et du montant des prestations versées sans erreur de portée financière en faveur ou au détriment de leurs bénéficiaires (assurés, allocataires, professionnels et établissements de santé en tiers payant). La fréquence des prestations erronées peut en être déduite. En revanche, le montant des erreurs, bien qu'estimé par les caisses nationales du régime général, n'est pas indiqué explicitement. Par ailleurs, comme la Cour l'a souligné, les indicateurs de la branche maladie sous-estiment les erreurs, relatives aux règlements de frais de santé facturés par les professionnels et établissements de santé en tiers payant, qui sont majoritairement à son détriment.

À la suite du rapport de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale et de la communication de la Cour à la commission des affaires sociales du Sénat sur la lutte contre les fraudes aux prestations sociales¹⁰⁵

¹⁰² Transferts de recettes fiscales à la sécurité sociale ou de dépenses de la sécurité sociale à l'État. C'est notamment le cas des allègements généraux de cotisations sociales (plus de 52 Md€ prévus en 2021 pour les seuls régimes de base de sécurité sociale).

¹⁰³ Sur les impacts financiers de ces performances opérationnelles, voir Cour des comptes, Certification des comptes du régime général de sécurité sociale - exercice 2020, mai 2021, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁰⁴ Au nombre de six (maladie, AT-MP, autonomie, famille, retraite et financement), ces documents, dénommés, jusqu'au PLFSS pour 2020, « programmes de qualité et d'efficience » (PQE), ont pour objet de fournir des éléments d'appréciation des résultats des politiques de sécurité sociale. Ils seraient joints au projet de loi d'approbation des comptes.

¹⁰⁵ Cour des comptes, « La lutte contre les fraudes aux prestations sociales : des progrès trop lents, un changement d'échelle indispensable », septembre 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

(septembre 2020), l'annexe 2 du PLFSS 2021 comprend des éléments d'information plus détaillés sur les actions menées par les organismes de sécurité sociale. En mettant en exergue les seuls résultats des actions de détection de fraudes, le Repss de la branche maladie tait cependant l'enjeu global du paiement à bon droit des prestations, affecté non seulement par des fraudes caractérisées, mais aussi par des actions ou des abstentions de leurs bénéficiaires pour lesquelles une intentionnalité ne peut être démontrée.

B - Favoriser le dépôt de projets de lois de financement rectificatives

Depuis 1996, la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale prévoit l'existence de lois de financement rectificatives.

Le fait que les lois de financement annuelles jouent pour l'année en cours un rôle comparable à celui de la loi de finances rectificative de fin d'année pour le budget de l'État n'explique qu'en partie leur rareté. Une évolution du cadre normatif des LFSS serait opportune afin de présenter plus rapidement au Parlement les modifications importantes de l'équilibre financier initial.

1 - Deux lois de financement rectificatives en 25 ans

Depuis 1996, seules deux lois de financement rectificatives sont intervenues, par obligation ou par choix de recourir à ce vecteur juridique.

Le recours à des LFSS rectificatives en 2011 et 2014

La loi du 28 juillet 2011¹⁰⁶ était rendue nécessaire par l'absence de mesure de compensation de l'exonération de cotisations sociales d'une prime versée par les employeurs à leurs salariés et de l'entrée en vigueur en cours d'année de cette mesure. L'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale (CSS) attribue en effet aux LFSS un monopole pour décider l'absence de compensation de mesures d'allègement des prélèvements sociaux.

¹⁰⁶ Loi n° 2011-894 du 28 juillet 2011 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2011.

La loi du 8 août 2014¹⁰⁷ a quant à elle prévu les dispositions nécessaires à l'entrée en vigueur en 2015 des mesures du pacte de responsabilité et de solidarité¹⁰⁸ et à l'absence d'indexation sur l'inflation des prestations monétaires, sauf exception, par dérogation aux règles en vigueur. Sur un plan juridique, ces dispositions auraient pu tout autant être intégrées à une loi ordinaire, l'article LO. 111-3 du CSS n'attribuant pas aux LFSS de monopole sur les dispositions relatives aux prélèvements sociaux affectés à la sécurité sociale ou à l'indexation des prestations.

2 - L'absence de lois de financement rectificatives en 2020 et 2021, malgré le bouleversement des prévisions initiales

Alors que les conséquences de la crise sanitaire ont bouleversé les prévisions de recettes de l'ensemble des branches et les objectifs de dépenses de la branche maladie prévus par la LFSS 2020, aucun projet de loi de financement rectificative n'a été soumis au Parlement.

Quatre lois de finances rectificatives sont intervenues pour le budget de l'État en 2020, dont trois en cours d'année¹⁰⁹. En revanche, c'est seulement dans la partie rectificative de l'année 2020 du PLFSS 2021, déposé le 7 octobre 2020 à l'Assemblée nationale, que les prévisions de recettes ont été diminuées de plus de 29 Md€ et les objectifs de dépenses augmentés de plus de 15 Md€, conduisant à une dégradation du solde des régimes de base de sécurité sociale et du FSV de près de 45 Md€.

C'est aussi dans le PLFSS 2021, faute de loi de financement rectificative spécifique, qu'a été soumis à la ratification du Parlement¹¹⁰ le relèvement du plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) par rapport à celui autorisé par la LFSS 2020, qui avait été porté de 39 Md€ à 70 Md€ en mars, puis à 95 Md€ en mai.

¹⁰⁷ Loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.

¹⁰⁸ Allègement dégressif des cotisations patronales jusqu'à 1,6 SMIC, réduction du taux des cotisations familiales, allègement des cotisations des travailleurs indépendants, abattement d'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés.

¹⁰⁹ Lois du 23 mars 2020, du 25 avril 2020, du 30 juillet 2020 et du 30 novembre 2020.

¹¹⁰ L'article LO. 111-9-2 du code de la sécurité sociale prévoit qu'en cas d'urgence, les plafonds d'emprunt prévu par la LFSS annuelle peuvent être relevés par décret pris en conseil des ministres après avis du Conseil d'État et information des commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat. La ratification des décrets correspondants doit être demandée au Parlement dans le plus prochain PLFSS.

En 2021, le dépassement prévu de 9,6 Md€ (avis du comité d'alerte de l'Ondam du 1^{er} juin 2021) des dépenses relevant de l'Ondam, la hausse du déficit de l'assurance maladie et, plus généralement, la modification substantielle des conditions de l'équilibre des comptes de la sécurité sociale qu'il va entraîner n'ont pas conduit le Gouvernement à déposer un projet de loi de financement rectificative.

3 - Prévoir dans certaines situations le dépôt d'un projet de loi de financement rectificative

La prévision actualisée de solde structurel et de solde effectif de l'ensemble des administrations publiques pour l'année en cours dans l'article liminaire des projets de lois de finances rectificatives et les explications données dans la motivation de cet article ne constituent pas un substitut véritable à un projet de loi de financement rectificative lorsque les conditions de l'équilibre financier adopté dans la loi de financement initiale se trouvent remises en cause.

Les dispositions organiques du code de la sécurité sociale relatives aux lois de financement de la sécurité sociale pourraient ainsi prévoir des situations dans lesquelles un projet de loi de financement rectificative devrait être déposé, comme par exemple l'anticipation d'une hausse importante du montant global des dépenses ou une baisse importante de celui de recettes par rapport à celui prévu par la LFSS initiale, telle qu'elle résulterait par exemple des prévisions actualisées de la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) du printemps.

II - Faire jouer aux lois de financement un rôle plus actif dans le redressement financier de la sécurité sociale et des finances publiques

Sans en être, bien entendu, le principal facteur, le renforcement des fonctions de constatation, d'autorisation et de prévision des LFSS pourrait favoriser le redressement financier de la sécurité sociale. Permettre au Parlement d'engager des évaluations des impacts des dépenses sociales à partir d'une loi d'approbation des comptes reposant sur une description précise des dépenses (« au premier euro ») inviterait à mobiliser plus activement leurs marges d'efficience et à mieux hiérarchiser leurs priorités. Constaté plus tôt des résultats dégradés dans une loi d'approbation des

comptes ou une détérioration des perspectives financières dans une LFSS rectificative pourrait susciter des efforts d'économies moins tardifs.

Alors que les régimes de sécurité sociale et le FSV connaissent des déficits inédits du fait des conséquences de la crise sanitaire, d'autres évolutions du cadre normatif des LFSS pourraient favoriser de manière plus directe le redressement financier de la sécurité sociale et, au-delà, celui des finances publiques dans leur ensemble.

Dans cet objectif, les choix financiers portant sur les dépenses de protection sociale auraient vocation à s'inscrire plus nettement dans le cadre global du pilotage des finances publiques, la trajectoire financière pluriannuelle de la sécurité sociale devrait être définie de manière plus précise et son respect mieux assuré et la dette sociale être mieux encadrée.

A - Faire coïncider le champ des LFSS avec celui des administrations de sécurité sociale utilisé dans le cadre du pilotage global des finances publiques

En 2019, les dépenses publiques s'élevaient à 55,4 % du PIB, en hausse de 3,7 points depuis 2000. Les dépenses de protection sociale en représentaient une part prépondérante, soit 31,9 % du PIB, et très dynamique (+4,5 points depuis 2000, dont +2,8 points pour les retraites et 1,7 point pour la santé) ¹¹¹.

La Cour¹¹² a préconisé d'élargir le champ des lois de financement de la sécurité sociale à tous les régimes légalement obligatoires de protection sociale, notamment aux régimes conventionnels interprofessionnels de retraites complémentaires et d'assurance chômage des salariés.

Une extension du champ des LFSS à l'ensemble des régimes légalement obligatoires de protection sociale renforcerait l'efficacité du pilotage des finances publiques dans le domaine social, en faisant coïncider, pour l'essentiel, son objet (les « administrations publiques de

¹¹¹ Cour des comptes, « La situation et les perspectives des finances publiques », juin 2021, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹¹² Cour des comptes, « Les lois de financement de la sécurité sociale : une ambition à élargir », in La sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2014 et « Les finances publiques : pour une réforme du cadre organique et de la gouvernance », novembre 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

sécurité sociale » (Asso) au sens européens) et son instrument principal (les lois de financement de la sécurité sociale).

En effet, cette coïncidence n'est pas assurée. Si les lois de programmation des finances publiques (LPFP)¹¹³ fixent des cibles de dépenses, à périmètre constant, propres à l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et à l'Ondam, elles expriment des prévisions de solde uniquement pour les Asso. Pour sa part, le programme de stabilité adressé à la Commission européenne en avril dans le cadre du semestre de coordination des politiques économiques, budgétaires, sociales et du travail au sein de l'Union européenne (Pstab)¹¹⁴, qui comporte des objectifs de dépenses, de recettes et de besoin de financement, n'identifie pas au sein des Asso le sous-secteur des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV.

Dans la perspective proposée de l'extension du champ des LFSS à l'ensemble des régimes de protection sociale légalement obligatoires, la création d'une instance pérenne de concertation associant l'État, les partenaires et les organismes sociaux¹¹⁵, permettrait de concilier l'autonomie maintenue des régimes de retraites complémentaires et d'assurance chômage avec un pilotage financier d'ensemble des Asso.

Afin de rapprocher encore le champ des LFSS de celui des Asso, qui comprennent les régimes de sécurité sociale et de protection sociale légalement obligatoire, mais aussi les établissements publics de santé, une annexe aux PLFSS aurait vocation à fournir des informations sur la situation financière de ces derniers (résultats annuels, situation nette et endettement financier).

B - Clarifier les trajectoires financières pluriannuelles et en assurer une application plus rigoureuse

En application de l'article LO. 111-4 du CSS, le PLFSS annuel est accompagné d'un rapport décrivant, pour les quatre années à venir, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général –

¹¹³ Dont le contenu est fixé par la loi organique n°2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques.

¹¹⁴ Prévu par le règlement (CE) no 1466/97 et modifié en dernier lieu par le Règlement (UE) n°1175/2011 du Parlement européen et du Conseil du 16 novembre 2011.

¹¹⁵ Dont les collectivités locales au titre notamment des retraites des agents des collectivités locales.

exprimées par branche – et du FSV, ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

Ce rapport – l'actuelle annexe B de la LFSS – est soumis à l'approbation du Parlement. Toutefois, les hypothèses qu'il retient sont incomplètement explicitées. En outre, la cohérence réciproque des projections qui y figurent avec les documents de cadrage des finances publiques dans leur ensemble peut imparfaitement être appréciée. Par ailleurs, en dehors des modalités particulières de suivi de l'Ondam (avis du comité d'alerte proposant des mesures d'économies en cas de risque de dépassement notable de l'objectif)¹¹⁶, les suites à donner aux écarts éventuels par rapport aux prévisions et objectifs annuels et pluriannuels ne sont pas définies. Une révision du cadre normatif des LFSS pourrait favoriser une transparence accrue des choix publics, un suivi plus précis de la traduction qui leur est donnée et l'apport de correctifs en cas d'écart.

1 - Expliciter les hypothèses sous-jacentes aux prévisions pluriannuelles des lois de financement

a) Les prévisions globales de dépenses et de recettes

L'annexe B indique les principaux paramètres macroéconomiques qui fondent les prévisions de recettes et, dans une moindre mesure, les objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et du FSV pour les quatre années à venir : croissance économique, masse salariale et inflation hors tabac.

Aux termes de l'article LO. 111-4 du CSS, l'annexe B « *précise les hypothèses sur lesquelles repose la prévision de l'Ondam pour les quatre années à venir. Ces hypothèses prennent en compte les perspectives d'évolution des dépenses et les mesures nouvelles envisagées* ». Pour l'année à venir, l'annexe 7 mentionne l'évolution tendancielle des dépenses relevant de l'Ondam et les économies qui permettraient la réalisation de l'objectif¹¹⁷. S'agissant des trois années suivantes,

¹¹⁶ Dans le contexte de crise sanitaire, la LFSS 2021 a suspendu ces dispositions pour l'année 2021. De fait, elles n'avaient pas non plus été appliquées en 2020.

¹¹⁷ Sur les faiblesses méthodologiques de la construction de l'Ondam, voir Cour des comptes, « Les dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019 : des progrès dans la maîtrise globale des dépenses, des réformes à intensifier », in *La sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2020, chapitre II, p. 107-136, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

l'annexe B mentionne des pourcentages d'évolution de l'Ondam, mais ne précise pas les hypothèses d'évolution spontanée des dépenses avant économies (en fonction de la démographie, de l'épidémiologie et de l'organisation et de la rémunération des soins) et les économies nécessaires à la réalisation de ces objectifs d'évolution¹¹⁸.

Dans le silence de l'article précité, les annexes B n'ont pas à préciser les hypothèses sous-jacentes aux prévisions de dépenses des branches vieillesse et famille. Contrairement à celles de l'Ondam, aucune annexe au PLFSS ne décompose l'évolution prévisionnelle des dépenses pour l'année à venir entre leur évolution tendancielle et l'incidence de mesures nouvelles d'économies ou de dépenses.

S'agissant de l'évolution globale des dépenses au-delà de l'année à venir, l'annexe B des LFSS annuelles ne mentionne pas systématiquement les principales hypothèses sous-jacentes. Si l'annexe B de la LFSS 2021 indiquait que « *la trajectoire présentée dans cette annexe repose, à titre conservatoire, sur une convention « hors mesures nouvelles » en économies ou en dépenses* », l'annexe B de la LFSS 2020 n'évoquait d'hypothèses sous-jacentes que pour la seule branche vieillesse, sur un seul aspect¹¹⁹ et en omettant une information essentielle : la prise en compte, par anticipation à celle-ci, des impacts de la réforme des retraites alors annoncée.

En ce qui concerne les prévisions de recettes au-delà de l'année à venir, l'annexe B des LFSS annuelles ne précise généralement pas si elles prennent en compte ou non des mesures nouvelles conduisant à les augmenter ou à les réduire.

b) Les transferts internes de recettes

L'annexe B ne précise pas non plus si les prévisions de recettes par branche et pour le FSV prennent en compte ou non des transferts de recettes, de fait en faveur de la branche maladie, à partir des branches famille et AT-MP dont les soldes connaissent une amélioration tendancielle, voire également de la branche vieillesse et du FSV. En

¹¹⁸ Ces lacunes ne sont atténuées qu'à la marge par l'annexe 7 au PLFSS relative à l'Ondam, qui fournit des projections à moyen terme d'effectifs par pathologie, mais sans indiquer les dépenses prévisionnelles qui en découlent pour l'assurance maladie.

¹¹⁹ « *L'hypothèse retenue de revalorisation des pensions des régimes de base est à compter de 2021 celle de la prévision d'inflation pour l'ensemble des retraités* ».

l'absence de toute information sur ce point, ces transferts peuvent uniquement être présumés, le cas échéant de manière incomplète, en observant les prévisions de recettes et de soldes au cours des trois exercices faisant suite à celui à venir¹²⁰.

Alors que les transferts de recettes ont une incidence significative sur les soldes affichés au titre des différentes branches et du FSV, le silence gardé sur ces derniers peut induire des biais dans la compréhension des perspectives comparées d'évolution des soldes et de leurs déterminants et la communication sur ces sujets. Ainsi, avant la crise sanitaire de 2020, les perspectives de retour à l'équilibre de la branche maladie en 2023 ne résultaient pas seulement d'une évolution de l'Ondam moins rapide que la hausse spontanée des recettes (en fonction des hypothèses de masse salariale et de PIB), mais aussi de transferts continus de recettes en sa faveur.

Afin de lever les ambiguïtés qui entourent la trajectoire financière de la sécurité sociale dans l'annexe B de la LFSS, les dispositions organiques du code de la sécurité sociale pourraient prévoir que l'annexe B présente les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche et pour le FSV, ainsi que l'Ondam, pour les quatre exercices à venir, dans deux rubriques distinctes : la première hors changements de périmètre, transferts et mesures nouvelles en recettes ou en dépenses prenant effet au cours de ces exercices ; la seconde après changements de périmètre, transferts et mesures nouvelles, dont l'objet et le montant devraient être précisés.

2 - Garantir la cohérence réciproque des LFSS et des documents de cadrage pluriannuel des finances publiques

Trois documents fixent la trajectoire pluriannuelle des finances publiques : la loi de programmation des finances publiques (LPFP) sur un nombre variable d'années ; le rapport économique, social et financier (Resf) joint au projet de loi de finances de l'année ; le programme de stabilité adressé chaque année à la Commission européenne (Pstab).

Alors que l'article LO. 111-4 du CSS dispose que les prévisions de l'annexe B de la LFSS « *sont établies de manière cohérente avec les perspectives d'évolution des recettes, des dépenses et du solde de l'ensemble des administrations publiques* » présentées dans le Resf, les prévisions pluriannuelles de l'annexe B de la LFSS sont imparfaitement articulées avec

¹²⁰ Dans l'annexe B de la LFSS 2020, on pouvait ainsi observer, pour la branche famille, une baisse des recettes accompagnée d'un léger tassement de la prévision de solde excédentaire en 2021 et, pour les AT-MP, un plafonnement du solde excédentaire entre 2021 et 2023, la hausse des recettes étant calquée sur celle, ralentie, des dépenses.

ce rapport. Il en va de même avec les LPFP et le Pstab. Un chaînage plus étroit des prévisions permettrait de garantir leur cohérence mutuelle.

Chaîner plus étroitement les prévisions des textes financiers

- LFSS et LPFP : les LPFP fixent des cibles de dépenses, à périmètre constant, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et l'Ondam, exprimées en comptabilité nationale. Il conviendrait de préciser dans l'annexe B des LFSS les impacts des évolutions de périmètre en dépense et les écarts éventuels entre la prévision en comptabilité nationale des LPFP et celle en comptabilité générale des LFSS, *a priori* limités¹²¹ ;

- LFSS et Resf : il conviendrait de mentionner dans le Resf des prévisions de recettes, de dépenses et de solde pour l'année en cours et à venir non seulement pour le régime général et le FSV, mais aussi pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et le FSV¹²² et de préciser dans les annexes B les écarts éventuels avec la comptabilité nationale utilisée pour l'établissement du RESF ;

- LFSS et Pstab : dans les Pstab, les prévisions d'évolution de dépenses pour les deux années à venir et les prévisions de solde pour les sept années à venir sont exprimées par secteur d'administration publique, sans qu'un sous-secteur propre aux régimes de base de sécurité et au FSV soit distingué dans celui des Asso. Au regard du périmètre en vigueur des LFSS, il conviendrait que ce sous-secteur soit identifié.

3 - Suivre et corriger les écarts par rapport à la trajectoire fixée par les lois de financement et de programmation des finances publiques

Bien que fixant en principe le cadre pluriannuel du pilotage financier de l'ensemble des administrations publiques, les LPFP ne s'imposent pas aux LFSS, non plus qu'aux lois de finances s'agissant du budget de l'État.

La comparabilité directe des objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et de l'Ondam fixés par la

¹²¹ En comptabilité nationale, le fait générateur de la comptabilisation des prestations sociales est le même que dans la comptabilité générale des organismes sociaux.

¹²² Cela appellerait un ajustement mineur : les prévisions du Resf relatives aux « organismes divers de sécurité sociale » seraient à ventiler entre les régimes obligatoires de base d'une part et les autres régimes de sécurité sociale d'autre part.

trajectoire pluriannuelle de l'annexe B des LFSS avec ceux des LPFP pour les trois années à venir favorise en principe une détermination des objectifs de dépenses par les LFSS dans la limite des objectifs fixés par les LPFP.

Quand on opère ce rapprochement, il apparaît cependant que les objectifs de dépenses fixés par les LFSS et les charges constatées tendent à s'inscrire à des niveaux plus élevés.

Pour s'en tenir à la dernière LPFP, pour 2018-2022, celle-ci prévoyait pour les régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à périmètre constant, 497,7 Md€ de dépenses en 2018, 508,1 Md€ en 2019 et 519,1 Md€ en 2020. Le montant définitif de dépenses a atteint 499,3 Md€ pour 2018 (soit + 1,6 Md€ par rapport à la LPFP) et 509,3 Md€ en 2019 (+ 1,2 Md€). Par ailleurs, la LFSS 2020 prévoyait avant la crise sanitaire 521,6 Md€ de dépenses en 2020 (+ 1,5 Md€).

Il convient de prévenir des dépassements des objectifs de dépenses fixés par la LPFP ou la LFSS annuelle qui se répercutent ensuite sur les exercices suivants.

Dans cet objectif, et dans le prolongement d'une précédente recommandation de la Cour¹²³, les futurs projets de lois d'approbation des comptes auraient vocation à soumettre à l'adoption du Parlement un rapport comportant un tableau de synthèse des écarts défavorables en dépenses et en recettes constatés avec la LFSS de l'année et la LPFP et proposant des mesures à même de les compenser en tout ou partie, à traduire ensuite dans le prochain PLFSS ou dans des textes réglementaires d'application de dispositions législatives en vigueur. De même, les PLFSS annuels devraient soumettre au Parlement un rapport comportant un tableau de synthèse des écarts défavorables avec la LPFP en vigueur et décrivant les mesures proposées pour les compenser en tout ou partie.

C - Contenir l'endettement social

Lorsque la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) a été créée en 1996, elle était appelée à s'éteindre cinq années plus tard. À l'issue du dernier transfert de déficits décidé par les lois du 7 août 2020¹²⁴, son existence totale s'étirerait sur 37 années, si toutefois l'ampleur des déficits

¹²³ Cour des comptes, « Les finances publiques : pour une réforme du cadre organique et de la gouvernance », novembre 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹²⁴ Loi organique n° 2020-991 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie et loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

des exercices 2020 et suivants ne conduisait pas à la prolonger encore. Des adaptations du cadre normatif des LFSS sont ainsi à considérer afin de mieux répondre à l'enjeu de la soutenabilité de l'endettement social.

1 - Intégrer des objectifs structurels au pilotage financier de la sécurité sociale

Dans une récente communication au Premier ministre¹²⁵, la Cour a recommandé de compléter le solde structurel¹²⁶, principal outil de pilotage de la trajectoire des finances publiques dans les LPFP, par des objectifs annuels de dépenses et de mesures nouvelles en recettes exprimées en milliards d'euros, portant sur l'ensemble du champ des administrations publiques. La lecture du solde structurel et de son évolution est en effet rendue difficile par ses modalités économétriques d'évaluation et ses révisions fréquentes.

Sous réserve d'une clarification de son contenu et d'un chaînage mieux assuré de ses prévisions ou données à celles de la LPFP (cf. B-*supra*), l'annexe B des LFSS pourrait répondre à cette recommandation.

En revanche, comme la Cour l'a souligné¹²⁷, le pilotage financier de la sécurité sociale ne comporte pas en tant que tel de dimension structurelle, alors que son retour à l'équilibre dépend d'un freinage de l'augmentation annuelle des dépenses à un niveau inférieur à la croissance potentielle de l'économie (hors effets conjoncturels), qui dicte l'évolution spontanée des recettes, hors mesures d'augmentation des prélèvements obligatoires.

Les LFSS n'ont jamais comporté de prévision de solde structurel. Tout au plus, le Repss relatif au financement de la sécurité sociale fournit-il une estimation du solde structurel sous-jacent au solde du dernier exercice clos pour le régime général et le FSV. Depuis 2015, les LFSS ne présentent plus d'évaluation prévisionnelle de l'effort structurel pour l'année à

¹²⁵ « Une stratégie de finances publiques pour la sortie de crise : concilier soutien à l'activité et soutenabilité », juin 2021, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹²⁶ Le solde structurel est le solde corrigé des variations conjoncturelles en recettes et en dépenses, déduction faite des mesures ponctuelles et temporaires.

¹²⁷ Cour des comptes, « Le pilotage de la trajectoire financière de la sécurité sociale : créer les conditions d'un équilibre durable », in *La sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2017, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

venir¹²⁸, contrairement aux dispositions de l'article LO. 111-4 du code de la sécurité sociale qui la prévoient expressément.

Pour leur part, les LPFP et le Resf ne déclinent pas l'effort et le solde structurels relatifs aux Asso pour la principale composante de ces dernières : les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et le FSV.

Afin que les LPFP soient dotées, dans le champ de la sécurité sociale, d'un dispositif à même de contribuer à la réalisation de leurs objectifs de réduction des déficits structurels, il convient de fixer dans les LFSS des objectifs d'effort et de solde structurel et d'intégrer aux futures lois d'approbation des comptes des estimations de l'effort et du solde structurels relatifs au dernier exercice clos et des écarts potentiels aux prévisions de la LFSS et de la LPFP. Afin de proportionner ces innovations aux enjeux, elles pourraient concerner uniquement l'agrégat le plus large : l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et le FSV.

2 - Réserver aux lois de financement de la sécurité sociale les reprises de déficits prévisionnels par la Cades

Bien que la plupart des reprises de déficits par la Cades aient été organisés par des LFSS, ils peuvent aussi être prévus par une loi ordinaire.

La loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a ainsi prévu la reprise par la Cades de 123 Md€ de déficits des régimes de sécurité sociale et du FSV¹²⁹, une loi organique du même jour prolongeant par ailleurs la durée de vie de cet organisme de 2024 à 2033. N'ayant pas été soumise au Parlement dans un PLFSS rectificative ou initiale, cette opération n'a pas eu pour corollaire la définition, dans l'annexe B d'une LFSS, d'une nouvelle trajectoire financière pluriannuelle de l'ensemble des régimes de base, du régime général et du FSV, alors même que la reprise de dettes portait notamment sur des exercices en cours et futurs.

Au-delà de la reprise de 31 Md€ de déficits constatés au 31 décembre 2019 et sans solution d'amortissement, la loi du 7 août 2020 a pu prévoir un plafond global de 92 Md€ de reprise de déficits des branches maladie, famille et vieillesse et du FSV au titre des exercices 2020 à 2023, sans ventiler ce montant entre ces exercices et entités. Au

¹²⁸ L'effort structurel correspond à l'incidence des mesures nouvelles sur les recettes et à la contribution des dépenses à l'évolution du solde structurel.

¹²⁹ S'y ajoute le financement par la Cades de 13 Md€ de dotations aux établissements de santé publics et privés non lucratifs afin de favoriser leur désendettement et la réalisation de dépenses d'investissement.

contraire, un PLFSS rectificatif ou annuel aurait soumis à l'approbation du Parlement une décision documentée, dans laquelle les plafonds des reprises de dette par la Cades, globaux et par branche (ou FSV), auraient été égaux aux déficits prévisionnels de chacun des exercices couverts par la trajectoire pluriannuelle de l'annexe B.

Ces constats justifieraient que les dispositions organiques relatives aux lois de financement de la sécurité sociale soient modifiées afin d'étendre le champ exclusif des LFSS aux reprises de déficits par la Cades lorsque tout ou partie des déficits concernés par ces opérations présentent un caractère prévisionnel. En outre, la trajectoire de l'actuelle annexe B devrait être présentée dans le cadre de deux rubriques distinctes : avant et après mesures de redressement, y compris au titre des exercices postérieurs à l'exercice en cours et à celui à venir. Ces mesures seraient soumises à l'approbation du Parlement dans un rapport spécial.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Depuis 1996, la situation et les perspectives financières de la sécurité sociale sont soumises chaque année au contrôle du Parlement, dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale, parallèlement aux lois de finances et aux lois de règlement pour ce qui concerne le budget de l'État.

Tout en constituant un atout important pour le pilotage financier de la sécurité sociale, les LFSS présentent des limites : une articulation imparfaitement assurée avec les documents de cadrage pluriannuel des finances publiques dans leur ensemble ; un défaut d'adaptation rapide à des événements défavorables, les lois rectificatives étant l'exception ; un encadrement insuffisant des dérapages de dépenses et de l'évolution de l'endettement social ; une information incomplète du Parlement et des citoyens sur le contenu et les déterminants des dépenses.

Le cadre normatif des lois de financement de la sécurité sociale aurait ainsi vocation à être complété et mis au service d'une stratégie de retour des comptes sociaux vers un équilibre pérenne, jamais atteint depuis le début des années 1990, et, plus largement, de réduction des déficits publics pris dans leur ensemble, par une action continue visant à mieux hiérarchiser les priorités sous-jacentes aux dépenses de protection sociale et à mobiliser plus activement leurs marges d'efficience, notamment dans le domaine de la santé.

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

3. afin de garantir la cohérence du pilotage global des dépenses publiques, étendre le champ des lois de financement de la sécurité sociale aux régimes de retraites complémentaires et d'assurance chômage et chaîner les objectifs annuels et pluriannuels de dépenses des lois de financement de la sécurité sociale à ceux des documents de cadrage des finances publiques (lois de programmation, rapport économique, financier et social et programme de stabilité) ;
4. afin d'éclairer les voies du redressement financier de la sécurité sociale, intégrer des prévisions d'effort et de solde structurels aux lois de financement de la sécurité sociale et des estimations de l'effort et du solde structurels relatifs au dernier exercice clos aux futures lois d'approbation des comptes ;
5. contribuer au pilotage des objectifs de dépenses fixés par la loi annuelle de financement de la sécurité sociale et la loi de

programmation des finances publiques, en intégrant au projet de loi de financement et au futur projet de loi d'approbation des comptes soumis à l'approbation du Parlement un tableau de synthèse des écarts affectant le solde et un rapport proposant des mesures destinées à les compenser en tout ou partie ;

- 6. prévoir une obligation de dépôt d'un projet de loi de financement rectificative lorsque les conditions de l'équilibre financier adopté dans la loi de financement initiale se trouvent remises en cause ;*
- 7. intégrer les reprises de déficits par la Cades (reprises de dette), lorsque ces opérations portent sur des déficits présentant un caractère prévisionnel, à une trajectoire pluriannuelle de redressement des comptes sociaux, en étendant le domaine exclusif des lois de financement de la sécurité sociale à ces reprises et en soumettant dans ce cadre au Parlement un rapport documentant des mesures de redressement ;*
- 8. améliorer les conditions de l'exercice par le Parlement de sa mission constitutionnelle de contrôle des finances sociales, notamment en détaillant à un niveau approprié les dépenses et les recettes par nature, en explicitant l'ensemble des hypothèses sous-jacentes à la trajectoire financière pluriannuelle et en exprimant l'ensemble des données en millions d'euros, dans les projets de loi de financement comme d'approbation des comptes.*

Chapitre III

Les dépenses d'assurance maladie : une régulation à rénover

PRÉSENTATION

La Cour a souligné en 2020 dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale les apports de la mise en place de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) et des mécanismes de régulation associés. Elle a relevé cependant que la crise sanitaire avait bouleversé les conditions de sa mise en œuvre. En outre, plusieurs engagements pris en amont de celle-ci à l'égard de l'industrie pharmaceutique et des fédérations hospitalières, prolongés par le « Ségur de la santé », rompaient avec 10 années de maîtrise des dépenses. Dans ces conditions, elle a souligné l'importance de définir une programmation pluriannuelle à même de permettre l'amélioration de la qualité des soins tout en maîtrisant leur coût pour la collectivité. La Cour a souhaité cette année prolonger ces travaux pour expliciter les conséquences de la crise sanitaire sur la régulation des dépenses d'assurance maladie et le cadre rénové dans lequel celle-ci pourrait prendre place.

Les limites de la régulation des dépenses d'assurance maladie étaient déjà connues avant la crise, qui est venue, à partir de 2020, accentuer la rupture avec la décennie précédente. En effet, faute de progrès significatifs dans la pertinence des soins et la transformation du système de santé, la soutenabilité à moyen terme des dépenses de santé n'est pas assurée (I). Dès lors, il apparaît plus que jamais nécessaire d'inscrire l'Ondam dans un cadre de régulation rénové permettant de conjuguer le respect des objectifs financiers et de santé fixés par le Parlement (II).

I - Malgré les progrès permis par l’Ondam, un problème de soutenabilité accentué par la crise

Si l’Ondam a été globalement maîtrisé sur la dernière décennie, les tensions déjà présentes avant 2020 ont été exacerbées par la crise sanitaire (A). En effet, la régulation infra-annuelle des dépenses d’assurance maladie s’est accompagnée d’une progression insuffisante en matière de pertinence des prises en charge et de réforme du système de soins (B).

A - Une rupture dans la maîtrise des dépenses d’assurance maladie aggravée par la crise sanitaire

1 - Des dépenses élevées au dynamisme contenu jusqu’en 2019

Les dépenses de santé sont élevées en France. Elles représentaient 11,3 % du PIB en 2018, ce qui place notre pays juste derrière l’Allemagne (11,5 %) mais très nettement au-dessus de la moyenne de l’Union européenne (9,9 %). La part de la dépense courante de santé réalisée à l’hôpital est particulièrement importante (3,5 % du PIB, soit 0,6 point au-dessus de la moyenne de l’UE à 15)¹³⁰. Il faut également souligner qu’en France, les dépenses de santé sont très largement financées par le secteur public (8 % du PIB, soit près de 1 point de plus que la moyenne de l’UE) et le reste à charge pour les ménages est bas (370 € par habitant et par an en parité de pouvoir d’achat – PPA – contre 560 € PPA pour l’UE15 et 599 € PPA en Allemagne¹³¹). Ce niveau élevé des financements publics se retrouve à la fois pour les soins ambulatoires, et hospitaliers et pour les produits de santé.

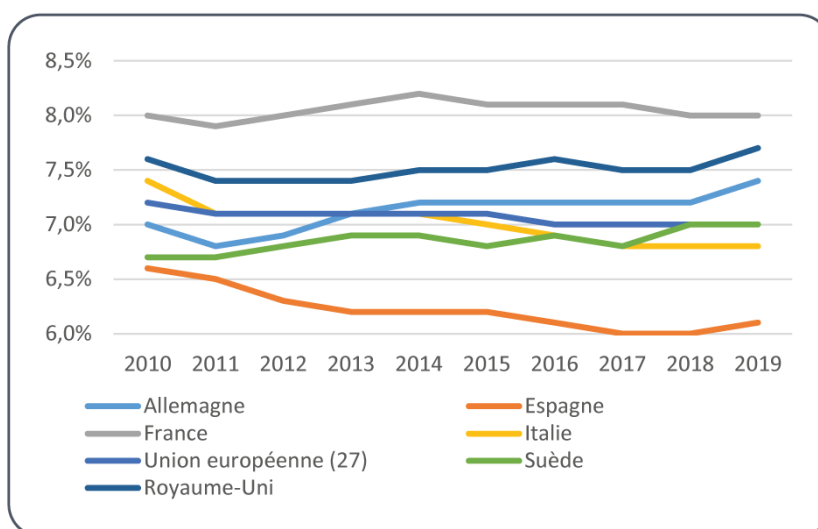
Comme la Cour l’a déjà souligné, depuis 10 ans, les dépenses publiques de santé ont progressé sur un rythme contenu dans notre pays grâce notamment au respect de l’objectif national des dépenses d’assurance

¹³⁰ Ce constat d’un niveau élevé de dépense en comparaison internationale reste valable après correction des différentiels de prix entre pays.

¹³¹ Ces estimations moyennes ne rendent pas compte de la diversité des situations : par exemple, en France, les assurances complémentaires ne sont obligatoires que pour les salariés du privé, limitant la mutualisation des risques entre classes d’âge ou statut sur le marché du travail ; de plus, l’exemption du ticket modérateur pour les affections de longue durée (ALD) induit des redistributions importantes entre patients.

maladie (Ondam) chaque année depuis 2010¹³². Cette progression limitée a permis de stabiliser la part de ces dépenses dans le PIB, même si elle baissait en moyenne dans l'UE, et notamment dans les pays ayant subi directement la crise de la zone euro (dont l'Italie et l'Espagne, mais également les Pays-Bas). À l'inverse, la Suède, le Royaume-Uni et surtout l'Allemagne ont fait progresser leurs dépenses publiques de santé plus rapidement que le PIB, mais en partant d'un niveau plus faible.

Graphique n° 2 : dépenses publiques de santé (en % du PIB)



Source: Eurostat, « General government expenditure by function (COFOG) »

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam)

Créé en 1996 et voté chaque année par le Parlement depuis la première loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) portant sur l'exercice 1997, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) est une norme de dépenses qui recouvre principalement :

¹³² Cour des comptes, « Les dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019 : des progrès dans la maîtrise globale des dépenses, des réformes à intensifier », in *La Sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

- les soins de ville et en établissements de santé (relevant de la branche maladie) ;
 - les soins dispensés par les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et pour personnes handicapées (relevant depuis 2021 de la branche autonomie) ;
 - une partie des prestations de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) ;
 - le financement de divers organismes intervenant dans le champ sanitaire (notamment : Santé Publique France).
- L'Ondam est considéré seulement depuis 2010 comme une cible à ne pas dépasser.

2 - Au-delà des dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire en 2020 et 2021, d'autres mesures qui affecteront durablement le niveau de l'Ondam

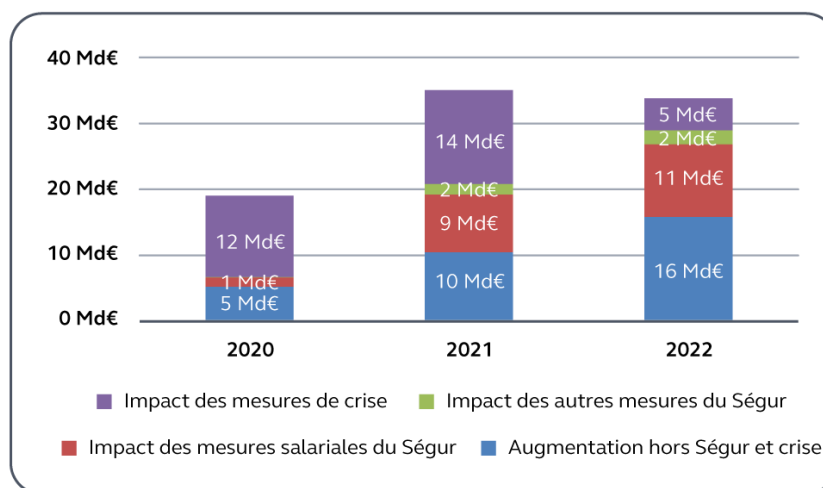
Pendant la crise sanitaire, les dépenses d'assurance maladie ont fortement progressé. Ainsi pour 2020, les dépenses dans le champ de l'Ondam se sont élevées à 219,4 Md€ contre un objectif de 205,6 Md€ en LFSS pour 2020, soit une hausse de 9,4 % par rapport à 2019. Pour 2021, les dépenses devraient rester très élevées et la commission des comptes de la sécurité sociale estime qu'elles pourraient atteindre 237 Md€, soit une hausse de 17,5 % à champ constant par rapport à 2019.

Cette très forte progression des dépenses combine trois dynamiques qu'il convient de distinguer. La première concerne les dépenses de crise en elles-mêmes, qui devraient moins peser à partir de 2022 (contribution pour 7,1 points à la progression des dépenses entre 2019 et 2021)¹³³. Les dépenses engagées dans le cadre du « Ségur de la santé » devraient contribuer pour 5,2 points, dont 4,4 points pour les seules mesures salariales dont l'effet sera pérenne sur la dépense¹³⁴. Enfin, l'évolution des dépenses hors crise et hors « Ségur » contribue sur deux ans à une progression de 5,1 points des dépenses dans le champ de l'Ondam.

¹³³ Nettes des moindres remboursements liés à la baisse de l'activité hors covid 19.

¹³⁴ Le solde correspond au plan d'investissement (voir ci-dessous). En régime de croisière à horizon 2022, ces contributions seront respectivement portées à 5,9 et 4,8 points.

Graphique n° 3 : part de la crise et du « Ségur » dans l'augmentation de l'Ondam 2020-2022



Source : Cour des comptes, d'après les réponses des administrations

Note : dépenses à champ constant de l'année 2020. Sous l'hypothèse d'une progression des dépenses en 2022 de + 2,6 % à politique inchangée avant mesures du « Ségur » et compte tenu de la provision prévue en PLFSS pour les mesures de crise.

Les revalorisations salariales décidées dans le cadre du « Ségur »¹³⁵ représentent de l'ordre de deux ans de progression moyenne de l'Ondam¹³⁶ et rehaussent nettement la dépense de santé rapportée au PIB¹³⁷, contrastant ainsi avec la relative stabilité de la dernière décennie. Toutefois, avant même le « Ségur », plusieurs engagements¹³⁸ pris par les pouvoirs publics (voir tableau 1) marquaient déjà une inflexion, notamment s'agissant des établissements de santé. Ainsi, le protocole relatif à la pluriannualité du financement des établissements de santé de février 2020 fixait une évolution minimale de + 2,4 % par an pour l'Ondam « établissements de

¹³⁵ Notamment : revalorisation de 183 € nets mensuels pour une grande partie des personnels des établissements de santé et des ESMS ; revalorisation des grilles salariales des soignants de 40 € en moyenne ; revalorisation des carrières des personnels médicaux. Ces mesures devraient avoir un coût en année pleine de plus de 9,5 Md€.

¹³⁶ L'Ondam a progressé de 2,3 % par an en moyenne entre 2010 et 2019.

¹³⁷ L'activité devant encore fortement rebondir, il convient de rapporter ces évolutions à une estimation du PIB potentiel. Cette hausse serait de 0,6 point de PIB avec l'évaluation présentée dans le PLF 2022 qui tient compte de l'effet de la crise sur l'activité (et de 0,4 point de PIB avec l'activité potentielle de la LPFP évaluée avant crise).

¹³⁸ Le périmètre des dépenses au titre desquels des engagements de progression ont été pris représentent en 2021 plus de 70 % de l'Ondam.

santé » pour la période 2020-2022 contre une progression de 2,0 % en moyenne sur la décennie précédente. L'éventuelle prolongation de ces engagements dans le contexte particulier d'après crise constituerait une contrainte supplémentaire pour la construction de l'Ondam.

Par ailleurs, l'assurance maladie a initié un nouveau cycle de négociations conventionnelles en 2020¹³⁹, dont les effets viendront s'ajouter aux conventions passées.

Tableau n° 22 : engagements pris par le Gouvernement avant la crise

<i>Négociations conventionnelles</i>	Négociations en cours (mesures nouvelles s'élevant en moyenne à 540 M€ par an entre 2019-2021)
Médicament	Progression minimale du chiffre d'affaires de 0,5 % par an jusqu'en 2021 ¹⁴⁰ (vs 0,7 % en moyenne sur 2011-2019)
Établissements de santé	Progression minimale de l'Ondam « établissements de santé » de 2,4 % par an jusqu'en 2022 (vs 2,0 % sur 2011-2019)
Dont : - médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)	Progression minimale des tarifs et du financement à la qualité de 0,2 % par an jusqu'en 2022 pour une hausse des volumes de 1,6 % (soit 1,8 % au total) (vs 1,4 % sur 2011-2019)
- hospitalisation à domicile (HAD)	Progression minimale des tarifs et du financement à la qualité de 1,5 % par an jusqu'en 2022 (vs 0,4 % pour les tarifs sur 2011-2019)
- soins de suite et de réadaptation (SSR)	Progression de l'objectif de dépenses (OD) de 1,9 % par an jusqu'en 2022 (vs 1,4 % sur 2011-2019)
- psychiatrie (PSY)	Progression de l'OD de 1,9 % par an jusqu'en 2022 (vs 1,0 % sur 2011-2019)

Source : Cour des comptes

Le Gouvernement a enfin annoncé dans le cadre du Conseil stratégique des industries de santé (Csis)¹⁴¹ des mesures visant à soutenir l'industrie des produits de santé en France avec notamment un objectif de progression des dépenses de médicaments et produits de santé de 2,4 % par an contre 1,7 % sur la décennie précédente. Il a également apporté des

¹³⁹ Ce nouveau cycle s'est déjà traduit à l'été 2021 par l'avenant 9 à la convention avec les médecins (dont la durée de validité a été prolongée jusqu'à mars 2023 par l'article 62 LFSS 2021) pour un montant cumulé de dépenses supplémentaires de près de 800 M€.

¹⁴⁰ Csis du 10 juillet 2018.

¹⁴¹ Csis du 29 juin 2021.

garanties de maintien des financements pour les établissements sanitaires et médico-sociaux dans le cadre des réformes de financement en cours.

3 - Une « nouvelle donne » pour la régulation des dépenses de santé après la crise sanitaire

La crise sanitaire aura un impact durable – quoique difficilement évaluable à ce stade – sur l'état de santé de la population.

Au 31 décembre 2020, plus de 220 000 patients étaient sortis d'hospitalisation ou toujours hospitalisés en raison de la covid 19¹⁴², dont plus de 35 000 en soins critiques. Comme le relève la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), à moyen et long terme, il est à craindre que les séquelles encore mal connues de l'infection se combinent avec celles résultant de séjours longs en réanimation¹⁴³.

Dans le même temps, l'épidémie de covid 19 s'est accompagnée d'une très forte baisse du recours aux soins pour d'autres motifs, en raison des déprogrammations hospitalières qui se sont poursuivies au premier semestre 2021, et de renoncements « volontaires » très nombreux pendant le premier confinement. Les ophtalmologues et les chirurgiens-dentistes n'ont eu quasiment aucune activité entre mars et mai 2020, tandis que les médecins généralistes ont vu la leur diminuer d'environ 30 %¹⁴⁴. Une étude pharmaco-épidémiologique met en évidence des retards conséquents et non encore rattrapés à fin avril 2021 en termes d'actes diagnostiques et de vaccination : le solde net s'établit ainsi à - 187 000 délivrances par rapport à l'attendu pour les préparations pour coloscopies et - 377 000 pour les vaccins anti-HPV chez les jeunes filles¹⁴⁵. Le rattrapage pourrait s'étaler sur plusieurs années, notamment pour les interventions programmées à l'hôpital. Ces retards de diagnostic ou de prise en charge risquent de se traduire pour une partie des patients par une dégradation de leur état de santé, des traitements plus lourds et une perte de chances.

¹⁴² Ce chiffre est porté à 390 000 à la fin du premier semestre 2021.

¹⁴³ Cnam, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance maladie pour 2021*, Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie au titre de 2021, juillet 2020.

¹⁴⁴ Ibid.

¹⁴⁵ Weill A., Drouin J., Desplas D., Cuenot F., Dray-Spira R., Zureik M., *Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la covid 19 – Point de situation jusqu'au 25 avril 2021*, Epi-Phare, 27 mai 2021.

Par ailleurs, bien que plusieurs rapports expliquent les difficultés rencontrées pendant la crise sanitaire par des facteurs sans lien avec l'Ondam (voir encadré ci-dessous), le contexte dans lequel s'opère la régulation des dépenses de santé en ressort profondément affecté.

À titre d'exemple, pour la fixation du prix des médicaments, le mandat donné par le Gouvernement au Comité économique des produits de santé (CEPS)¹⁴⁶ met l'accent sur les enjeux de politique industrielle (attractivité, sécurité des approvisionnements et innovation). L'accord-cadre du 5 mars 2021 entre le CEPS et les Entreprises du médicament (Leem) permet un prix facial plus élevé pour les produits innovants¹⁴⁷ fabriqués en France. Il renforce les garanties de stabilité du prix en fonction des investissements réalisés dans l'UE. Il autorise également des hausses des prix en cas de relocalisation. Ces engagements qui se combinent avec l'objectif d'une progression des dépenses de produits de santé de +2,4 % par an annoncé dans le cadre du Csis (voir ci-dessous) font peser sur la branche maladie le coût de mesures relevant davantage de la politique industrielle que du soin.

**Covid 19 et gestion de crise : quels enseignements
pour la régulation de l'offre de soins ?**

S'il est encore trop tôt pour des conclusions définitives, des rapports convergents¹⁴⁸ relèvent, en premier lieu, la forte mobilisation et la réactivité du système de santé, d'une part ; un défaut de préparation puis d'anticipation face au risque pandémique, d'autre part. S'y ajoutent une gouvernance de crise perfectible et des fragilités au plan logistique, ainsi que plusieurs constats de portée plus large. Sont ainsi mises en exergue les limites d'un système de santé hospitalo-centré, insuffisamment articulé avec la médecine de ville et le médico-social. Trop centralisée, la régulation de

¹⁴⁶ Lettre de mission des ministres au président du CEPS, 19 février 2021.

¹⁴⁷ Médicaments dont l'amélioration du service médical rendu (ASMR) a été considérée comme la plus élevée, soit sur une échelle de 1 à 5, classés ASMR 1 à 3.

¹⁴⁸ Pittet D., Boone L., Moulin A-M., Briet R., Parneix P., *Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques – Rapport final*, 18 mai 2021 ; Borowczyk J., Ciotti E., *Mission d'information sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de coronavirus-covid 19*, rapport d'information n° 3633, Assemblée nationale, 2 décembre 2020 ; Milon A., Deroche C., Jomier B., Vermeillet S., *Commission d'enquête du Sénat pour l'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la covid-19 et de sa gestion*, rapport n° 199, Sénat, 8 décembre 2020.

l'offre de soins pâtit en outre d'une relative méconnaissance, par les Agences régionales de santé (ARS), du tissu libéral et des établissements privés.

S'agissant plus particulièrement de la réanimation et des soins critiques, la Cour a relevé un défaut de planification de l'offre au regard des besoins croissants d'une population vieillissante¹⁴⁹. Au-delà de ces besoins structurels, la mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise rappelle que la réponse à un besoin aigu de lits supplémentaires doit reposer sur une plus grande flexibilité des capacités hospitalières, plutôt que sur une augmentation du nombre de lits disponibles en permanence¹⁵⁰.

Plus largement, la crise sanitaire a exacerbé des débats préexistants quant aux limites de l'Ondam, « *perçu par les acteurs comme détaché des réflexions stratégiques sur l'organisation des soins et de la délibération démocratique sur les politiques de santé*¹⁵¹ ». Cet enjeu de lisibilité et d'acceptabilité de la régulation des dépenses d'assurance maladie ressort également des avis rendus par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) en juin 2020 puis en avril 2021 sur la régulation du système de santé. Il implique une articulation plus forte entre l'Ondam et la politique de santé. Il ne doit cependant pas remettre en cause la nécessité de cette régulation, au regard du niveau élevé et du dynamisme spontané des dépenses précédemment rappelés¹⁵².

B - Faute de réformes suffisantes, une maîtrise des dépenses de santé qui reste à asseoir dans la durée

1 - Des progrès insuffisants en termes de pertinence des soins

Comme la Cour a déjà eu l'occasion de le souligner, l'annualité de l'Ondam permet un pilotage précis, mais le recours aux seuls instruments

¹⁴⁹ Cour des comptes, « Réanimation et soins critiques en général : un modèle à repenser après la crise », in *Rapport public annuel*, mars 2021, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁵⁰ Op. cit.

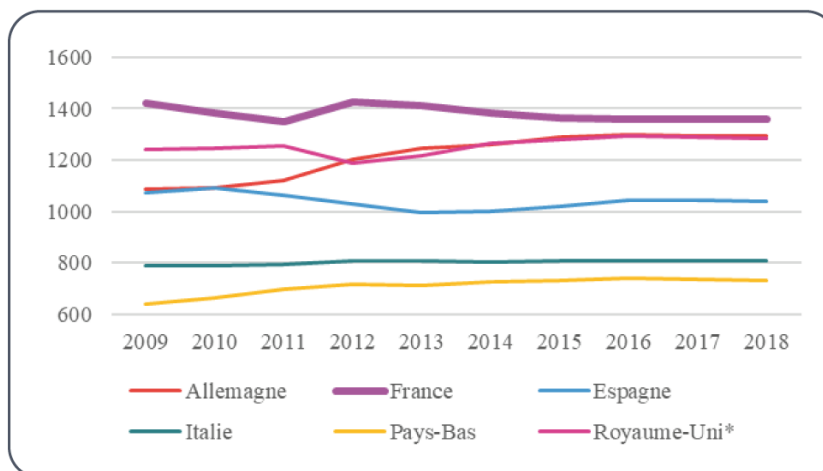
¹⁵¹ Lettre de mission du ministre des solidarités et de la santé à la présidente du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam), 3 septembre 2020.

¹⁵² En ce sens, voir aussi : Cour des comptes, « Les dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019 : des progrès dans la maîtrise globale des dépenses, des réformes à intensifier », op. cit.

budgétaires et tarifaires dans une perspective de court terme ne suffit pas à garantir la pertinence et l'efficacité des dépenses¹⁵³.

À titre d'exemple, grâce notamment à un système de régulation des dépenses de type prix-volume, les dépenses pharmaceutiques françaises (1,5 % du PIB soit 530 € PPA par habitant en 2018) sont proches de la moyenne européenne (1,4 % du PIB ; 490 € PPA par habitant)¹⁵⁴. Cependant, la consommation médicamenteuse française en volume demeure supérieure à l'ensemble de nos voisins européens. Récemment, la Cour alertait notamment sur un niveau élevé de consommation d'antibiotiques, en soulignant qu'outre l'enjeu sanitaire (prévention de l'antibiorésistance), l'assurance maladie pourrait économiser 400 M€ par an si la consommation française était équivalente à celle des Pays-Bas¹⁵⁵.

Graphique n° 4 : ventes en officines (unités standards par habitant)



* Hors ventes ne passant pas par les officines, importantes au Royaume-Uni.

Source : Iqvia 2018, traitements Drees ; OCDE 2018 pour le nombre d'habitants

¹⁵³ Cour des comptes, « Les dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019 : des progrès dans la maîtrise globale des dépenses, des réformes à intensifier », op. cit. Voir aussi : Cour des comptes, *L'avenir de l'assurance maladie*, rapport public thématique, novembre 2017 ; Aubert J-M., *Réformes des modes de financement et de régulation : vers un modèle de paiement combiné – Rapport de la Task Force « Réforme du Financement du système de santé »*, 31 janvier 2019.

¹⁵⁴ Drees, *Les dépenses de santé en 2019*, édition 2020.

¹⁵⁵ Cour des comptes, *La pertinence de la prescription des antibiotiques*, référé, novembre 2018, disponible sur www.ccomptes.fr.

Parallèlement, la part des génériques dans le marché pharmaceutique français (16 % en valeur et 30 % en volume en 2017) demeure faible par rapport à la moyenne OCDE (25 % en valeur et 52 % en volume) et à nos voisins européens (36 % en valeur et 85 % en volume au Royaume-Uni ; 35 % en valeur et 82 % en volume en Allemagne)¹⁵⁶.

L'enjeu d'une plus grande pertinence concerne également certains actes : la France figure par exemple parmi les pays de l'OCDE dans lesquels le nombre d'imageries par résonance magnétique (IRM) par habitant est le plus élevé.

En matière de biologie médicale, la Cour a constaté l'efficacité de la régulation prix-volume introduite en 2014 pour contenir l'évolution de la dépense jusqu'en 2018¹⁵⁷. Ce dispositif n'a toutefois pas atteint ses objectifs en matière de maîtrise des volumes, notamment parce que les leviers pour y parvenir ne dépendent pas des biologistes eux-mêmes.

À l'hôpital également, une part significative des séjours pourrait être évitée. Les difficultés rencontrées viennent notamment de l'absence de solution de prise en charge dans des structures aval ou à domicile pourtant souvent moins coûteuses pour la collectivité¹⁵⁸.

2 - Une transformation inaboutie du système de soins

Au-delà de la pertinence de chaque acte ou prescription pris individuellement, la pertinence du parcours global de prise en charge suppose que le patient bénéficie du juste soin à chaque étape.

Le virage ambulatoire – c'est-à-dire la réduction des nuitées à l'hôpital et, depuis 2013, l'objectif affiché de privilégier des prises en charge en ville – est le principal chantier identifié par les pouvoirs publics pour y concourir. Or, en 2018, la Cour constatait des progrès nets à l'hôpital pour la chirurgie, mais insuffisants pour la médecine, ainsi que de fortes disparités qui attestent de la persistance de marges de progression

¹⁵⁶ OCDE, *Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE*.

¹⁵⁷ Voir chapitre VI du présent rapport.

¹⁵⁸ Une enquête portant sur 78 services de la région Ile-de-France en MCO et SSR suggérerait des taux de « bed-blockers » de l'ordre de 15 % en 2014 (Soudrie B. et Kiefer C., enquête « Bed-Blockers », Groupe USPC, octobre 2014). L'Ugecam évalue dans une étude interne (2020) que le taux de non pertinence des journées des 11 établissements SSR étudiés est en moyenne de 27 % principalement en raison d'une inadéquation dès l'admission du patient puis de la difficulté de sortie.

importantes¹⁵⁹. Elle soulignait la nécessité d'une meilleure organisation de la médecine de ville et d'un décloisonnement avec le secteur hospitalier. La Cour a également mis en évidence des pertes d'efficacité dans le domaine de la santé mentale, notamment, en raison d'une offre de soins cloisonnée, hétérogène selon les territoires et insuffisamment graduée¹⁶⁰.

La pertinence des parcours de soins implique plus largement de renforcer la coordination entre professionnels de santé : la mise en place des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)¹⁶¹ est une action prioritaire de la stratégie « Ma santé 2022 » avec l'objectif d'une couverture intégrale du territoire au 1^{er} juillet 2021 ; toutefois, au 31 mai 2021, 151 CPTS seulement avaient été validées par les ARS et enregistrées dans la base Finess.

De façon transversale, le développement du numérique en santé apparaît comme un levier important du changement. Or, si les deux tiers des médecins généralistes déclarent utiliser les trois outils socles de la e-santé que sont le dossier patient informatisé, les logiciels d'aide à la prescription et les messageries médicales sécurisées, la prescription électronique demeure limitée en France¹⁶². À la faveur de la crise sanitaire, les téléconsultations se sont fortement développées (18,4 millions d'actes pris en charge par l'assurance maladie en 2020), mais la politique d'accompagnement de cet essor, nécessaire pour que la télésanté contribue réellement à l'amélioration de l'organisation des soins, est encore balbutiante. De plus, la télésanté se heurte à des obstacles d'ordre techniques (défaut d'interopérabilité des outils numériques utilisés) qui entravent la coordination entre les différents acteurs du soin¹⁶³.

¹⁵⁹ Cour des comptes, « Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital », in *La Sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁶⁰ Cour des comptes, *Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie*, rapport thématique, février 2021, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁶¹ Créées par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé regroupent les professionnels de santé d'un même territoire autour d'un projet de santé, à leur initiative, notamment pour faciliter la coordination des soins.

¹⁶² Voir chapitre VIII du présent rapport.

¹⁶³ Voir chapitre V du présent rapport.

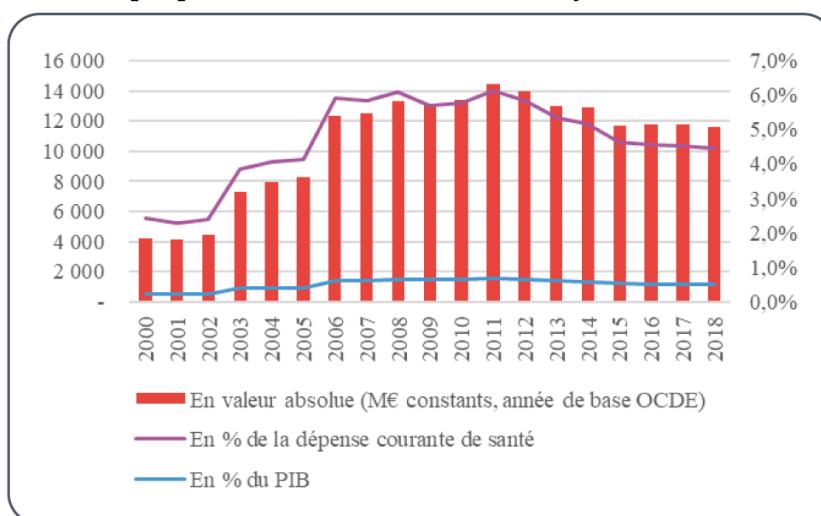
3 - Des investissements effectués par à-coups

Avérée depuis la fin du plan « Hôpital 2012 » (lancé en 2007), la diminution progressive de l'effort d'investissement dans le système de santé doit néanmoins être relativisée.

Après un pic à 7,0 Md€ en 2012, les hôpitaux publics ont consacré 3,7 Md€ à l'investissement en 2018. Orienté à la baisse depuis 2007, l'investissement courant des établissements publics de santé se trouverait depuis 2015 en-dessous du seuil de 3 % des produits généralement considéré comme incompressible pour permettre le maintien en état des capacités¹⁶⁴. Il est estimé à 2,6 % en 2018, soit un sous-investissement de l'ordre de 300 M€ par an. Les investissements immobiliers lourds ont quant à eux représenté jusqu'à 6,2 % des produits des établissements publics de santé en 2012 avant de descendre à 2,1 % en 2018.

En comptabilité nationale, tous acteurs confondus, la formation brute de capital fixe (FBCF) au sein du système de santé continue de représenter 11,9 Md€ en 2018, soit 4,5 % de la dépense courante de santé et 0,5 % du PIB, dans la moyenne des pays de l'OCDE.

Graphique n° 5 : investissement dans le système de santé



Source : OCDE, juin 2020

¹⁶⁴ Inspection générale des finances (IGF) et Inspection générale des affaires sociales (Igas), *Évaluation de la dette des établissements de santé et des modalités de sa reprise*, avril 2020. Un précédent rapport estime que 3 % est un seuil incompressible, tandis que le niveau soutenable d'autofinancement est plutôt de l'ordre de 4 % (IGF-Igas, *Évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier*, mars 2013).

À l'issue du « Ségur », les pouvoirs publics ont confirmé le lancement d'un nouveau plan d'investissement doté de 19 Md€ dont la LFSS pour 2021 et une circulaire du 10 mars 2021 ont précisé le dispositif complexe.

Le plan d'investissement accompagnant les accords de Ségur

Ce plan prévoit 19 Md€ d'investissements décomposés en :

- un maximum de 13 Md€ sur 10 ans versé par la Cnam aux établissements de santé concourant au service public hospitalier sous forme de dotations annuelles, elles-mêmes refinancées par un alourdissement de la dette transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades)¹⁶⁵. Ce montant hors Ondam était initialement présenté comme une « reprise de dette » visant à restaurer les capacités d'autofinancement des hôpitaux, justifiant ainsi sa comptabilisation directe et en une seule fois au bilan de chaque établissement bénéficiaire. Il sera finalement consacré à hauteur de 6,5 Md€ à des projets nouveaux, dont 1 Md€ non répartis pour constituer une réserve au niveau national.

- 6 Md€ qui seront refinancés par l'Union européenne au titre de « France Relance », dont 3,9 Md€ inscrits dans le cadre de l'Ondam sur le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (Fmis)¹⁶⁶ pour l'investissement courant des établissements de santé (1,5 Md€), le numérique (1,4 Md€) et de nouveaux projets dans le secteur sanitaire (1 Md€). Les crédits destinés aux Ehpad (1,5 Md€) ainsi qu'au numérique en santé dans le secteur médico-social (0,6 Md€) seront financés hors Ondam par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

¹⁶⁵ Article 1^{er} de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie et article 50 de la LFSS pour 2021.

¹⁶⁶ Le Fmis succède au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp) pour décloisonner les financements entre secteurs.

Tableau n° 23 : programmation du plan d'investissement (en M€)

			2021	2022-2025	2026-2029	Total
6 Md€ France Relance	2,1 Md€ CNSA	Ehpad	450	1 050	-	1 500
		Numérique (médico-social)	100	500	-	600
	3,9 Md€ FMIS	Numérique (sanitaire)	510	890	-	1 400
		Investissement courant	500	1 000	-	1 500
		Nouveaux projets	-	1 000	-	1 000
13 Md€ Art.50 LFSS			200	2 500	2 800	5 500
		Désendettement	1 300	2 600	2 600	6 500
		Réserve	200	400	400	1 000
Total			3 260	9 940	5 800	19 000

Source : PLFSS 2021 et circulaire du 10 mars 2021.

Ce dispositif complexe s'ajoute aux montants déjà consacrés par les ARS à l'investissement des établissements de santé dans le cadre du FIR et des aides à la contractualisation, estimés par la Cour à 1,5 Md€ en 2018¹⁶⁷.

La liberté d'appréciation laissée aux ARS jusqu'à 150 M€ HT est censée permettre une meilleure prise en compte des besoins de chaque territoire, dans le cadre d'une démarche transversale de transformation de l'offre.

Toutefois, la Cour a déjà eu l'occasion de souligner la nécessité d'une sélectivité accrue dans le choix des projets par rapport aux deux précédents plans « *qui avaient favorisé dans une logique de guichet ouvert [...] de nombreux effets d'aubaine sans considération suffisante des enjeux d'efficience et des nécessités de réorganisation hospitalière*¹⁶⁸ ». Constatant que le suivi mis en œuvre par les ARS était très insuffisant, elle a considéré que l'usage effectif des marges de manœuvre qui leur sont dévolues supposait une plus grande rigueur dans l'administration des aides.

¹⁶⁷ Cour des comptes, « Les financements par dotation aux établissements de santé (Migac et FIR) : une simplification nécessaire », in *La Sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁶⁸ Cour des comptes, « La dette des hôpitaux : des améliorations fragiles, une vigilance à maintenir », in *Rapport public annuel*, février 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

La transformation du Copermo et le rehaussement des seuils d'avis

Concomitamment à l'annonce du Ségur de la santé, le comité interministériel de la performance et de la modernisation des établissements de santé (Copermo) a été remplacé par :

- un conseil national de l'investissement en santé, pour définir les grandes orientations et suivre la mise en œuvre stratégique du plan ;
- un conseil scientifique, chargé d'étoffer la doctrine et les outils de sélection et de suivi des projets ;
- et des comités de pilotage sectoriels, pour suivre la mise en œuvre opérationnelle et budgétaire du plan et donner un avis sur les projets dont le coût prévisionnel est supérieur à 150 M€ hors taxes.

Auparavant, le Copermo examinait chaque projet d'investissement hospitalier d'un montant supérieur à 50 M€ HT au démarrage des études, afin de s'assurer de sa pertinence au regard des besoins en santé et des référentiels de performance, puis au stade de son approbation, afin d'en valider définitivement le dimensionnement et le coût.

Il s'appuyait sur le rapport d'évaluation socio-économique, ainsi que sur la contre-expertise et l'avis du Secrétariat général pour l'investissement (SGPI), obligatoires pour tous les projets financés par l'État, ses établissements publics, les établissements publics de santé et les structures de coopération sanitaire d'un montant supérieur à 100 M€ HT. La Cour avait eu l'occasion de souligner le niveau élevé de ces seuils en comparaison internationale¹⁶⁹.

De plus, la mise en œuvre du nouveau plan d'investissement s'inscrit dans un calendrier serré. Il est demandé aux ARS en 2021, avant même la fin de la crise sanitaire, d'arrêter leur stratégie pluriannuelle et de verser dès cette année plus de 2 Md€ supplémentaires aux établissements de santé et 450 M€ aux établissements et services médico-sociaux (ESMS) (hors numérique)¹⁷⁰.

Parallèlement, la priorité donnée aux nouveaux projets sur l'assainissement du bilan des établissements soulève la question de l'autofinancement de l'investissement courant dans la durée, surtout si elle devait se traduire par un nouveau recours massif à l'emprunt.

¹⁶⁹ Cour des comptes, *La situation et les perspectives des finances publiques*, juin 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁷⁰ Circulaire n° 6250/SG du 10 mars 2021 relative à la relance de l'investissement dans le système de santé dans le cadre du Ségur de la santé et de France Relance.

II - Mettre la régulation des dépenses d'assurance maladie en cohérence avec les objectifs de santé

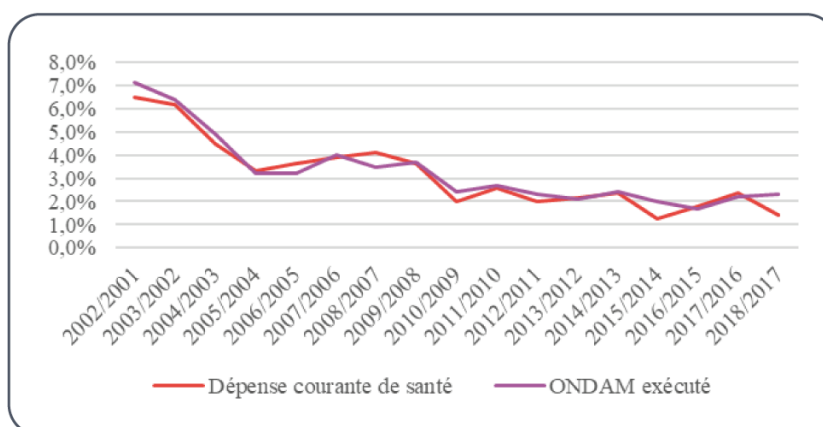
La gestion responsable des finances publiques implique de préserver les leviers d'un pilotage efficace des dépenses de santé. Pour être effectif et permettre l'atteinte conjointe d'objectifs ambitieux en matière financière et de santé, ce pilotage doit s'inscrire dans un périmètre cohérent (A) et une trajectoire pluriannuelle étayée (B) en mobilisant l'ensemble des leviers de régulation disponibles (C).

A - Inscrire la régulation des dépenses d'assurance maladie dans un périmètre cohérent

1 - Un périmètre à élargir, des objectifs complémentaires à définir

Agrégat inter-branches permettant d'objectiver et de piloter l'effort public en faveur de l'assurance maladie, l'Ondam s'avère représentatif, dans l'ensemble, de l'évolution de la dépense courante de santé. Pour autant, sa construction et les nombreux retraitements qu'elle implique par rapport aux comptes de branches altèrent sa lisibilité et donnent prise à des contournements de la norme de dépense.

Graphique n° 6 : Ondam et dépense courante de santé



Sources : Drees, Comptes de la santé ; Elbaum M., « L'évolution des dépenses de santé depuis vingt ans : quelques éléments d'analyse », in Les Tribunes de la santé, 2010 ; Cour des comptes

C'est le cas notamment de l'exclusion de certaines dépenses (indemnités journalières maternité, prestations pour invalidité ou incapacité permanente, actions de prévention et prestations extra-légales hors FIR...) qui présentent pourtant des similitudes et une certaine porosité avec le périmètre de l'Ondam (indemnités journalières pour maladie et prestations pour incapacité temporaire servies par la branche AT-MP¹⁷¹, mission 1 du FIR¹⁷²...). L'argument souvent invoqué du caractère plus ou moins « pilotable » de ces dépenses apparaît discutable¹⁷³ : d'une part, l'invalidité comme l'incapacité permanente peuvent faire l'objet d'actions de prévention au même titre que les arrêts de travail¹⁷⁴ ; d'autre part, *a fortiori* si elles sont incompressibles, ces dépenses doivent être financées et ne peuvent donc être ignorées.

La création d'une 5^{ème} branche de la sécurité sociale consacrée à l'autonomie et correspondant au budget de la CNSA met fin à la dichotomie entre l'Ondam médico-social et l'objectif global de dépenses (OGD) qui permettait qu'une part du financement courant des ESMS soit prise en charge hors Ondam sur les fonds propres de la Caisse. Toutefois, alors que les ressources de la CNSA ne sont plus affectées par objet, seul le fonds de financement des ESMS (82 % des dépenses prévisionnelles pour 2021, soit 26,0 Md€) est inclus dans l'Ondam. Le soutien à l'investissement des établissements (plan d'aide à l'investissement (PAI) et « Ségur », soit 441 M€ en 2021), la participation de la CNSA au FIR (141 M€) et ses autres dépenses d'intervention (554 M€) en sont exclus.

La Cour a par ailleurs eu l'occasion de critiquer la minoration artificielle des dépenses relevant de l'Ondam par la déduction de recettes telles que la participation des organismes complémentaires au financement du « forfait patientèle » des médecins traitants (302 M€ en 2020)¹⁷⁵, ou bien la contribution exceptionnelle aux dépenses liées à la crise sanitaire (1,5 Md€ sur 2020 et 2021). De même, la prise en compte au titre des fonds inclus dans l'Ondam (FIR et Fmespp) de la seule participation des caisses d'assurance maladie peut conduire à minorer le montant réel des dépenses

¹⁷¹ Voir chapitre IX du présent rapport.

¹⁷² Voir Cour des comptes, « Les financements par dotation aux établissements de santé (Migac et Fir) : une simplification nécessaire », op. cit.

¹⁷³ Sans compter qu'il n'est pas applicable aux actions de prévention et aux prestations extra-légales des caisses.

¹⁷⁴ Voir chapitre IX du présent rapport sur la nécessité d'engager plus fermement des actions de prévention de la désinsertion professionnelle.

¹⁷⁵ Voir par exemple : Cour des comptes, « L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une construction et une exécution fragiles », in *La Sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

dès lors que d'autres sources de financement sont mobilisées ponctuellement (exemple du prélèvement de 220 M€ sur les réserves du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) et de l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) pour abonder le FMESPP en 2017) ou de façon récurrente (contribution du fonds de lutte contre les addictions (FLCA) et de la CNSA au FIR).

Pour limiter ces points de fuite et renforcer la cohérence de la régulation des dépenses d'assurance maladie, il apparaît souhaitable d'élargir le périmètre de l'Ondam en incluant *a minima* la totalité du FIR et du Fmis ainsi que des dépenses d'investissement et d'intervention de la CNSA en direction des ESMS, et de limiter les retraitements par rapport aux comptes des branches maladie, AT-MP et autonomie. Il convient *a minima* d'y intégrer l'ensemble des dépenses des caisses concourant au même objet (revenus de remplacement, actions de prévention, soutien à l'investissement et autres dépenses d'intervention...) et de mettre fin aux compensations entre dépenses et recettes.

De plus, la focale mise par l'Ondam sur les dépenses d'assurance maladie obligatoire ne doit pas conduire à ignorer d'éventuels transferts ou reports de charges. Sur ce point, les LFSS n'ont plus prévu de mesures nouvelles de déremboursement depuis 2012. Une vigilance particulière s'impose en revanche s'agissant de la situation financière des hôpitaux, dont le taux d'endettement est en progression continue depuis 2002 et le résultat net négatif presque chaque année depuis 2006. La fixation de l'Ondam devrait ainsi être accompagnée d'objectifs complémentaires tels que le taux de couverture des dépenses de santé par l'assurance maladie et le taux d'endettement des établissements publics de santé.

2 - Un découpage en sous-objectifs à conforter dans ses principes

Un découpage de l'Ondam en sous-objectifs apparaît souhaitable pour accompagner au plan financier les évolutions de l'offre de soins sous-tendues par la politique de santé. L'enjeu est de les rendre aussi cohérents que possibles avec les objectifs de la politique de santé et les leviers de régulation. Trois principales options sont envisageables pour les structurer : une approche centrée sur le lieu de réalisation du soin, une approche centrée sur du secteur de rattachement du prescripteur (« ville » ou hôpital), et enfin une approche par pathologie.

Aucune de ces approches n'est sans inconvénient. Dans l'attente d'une évolution des modes de financement, qui sont aujourd'hui encore

inappropriés¹⁷⁶, une adaptation du découpage actuel¹⁷⁷ pour mieux tenir compte du secteur de rattachement du prescripteur des soins et davantage responsabiliser les acteurs paraît toutefois la plus praticable au moins à court-moyen terme. Par exemple, la non prise en compte dans l'Ondam « établissements de santé » des honoraires des médecins libéraux exerçant en clinique (qui peuvent représenter jusqu'à 40 % des coûts en chirurgie) pose question. De même, en 2018, près de 12 Md€ des dépenses exécutées en ville ont été prescrites à l'hôpital (médicaments, dispositifs médicaux et transports), lieu où la régulation des volumes devrait être organisée. À l'inverse, il n'apparaît pas pertinent de sortir d'un tel sous-objectif les médicaments et dispositifs médicaux innovants dont la rémunération pour l'établissement s'effectue en sus du tarif du séjour dans la mesure où ils participent pleinement à l'activité hospitalière et sont directement rattachables à un séjour.

B - Renforcer la pluriannualité de l'Ondam et son articulation avec la stratégie nationale de santé

1 - Un cadre de régulation pluriannuel à la portée limitée et présentant peu de liens avec la stratégie nationale de santé

Les dépenses d'assurance maladie impliquent un cadre pluriannuel notamment du fait que les mesures et les politiques autres que financières, touchant à l'organisation des soins ou agissant sur le comportement des usagers ou des professionnels de santé, ne font souvent sentir leurs effets qu'à moyen terme. C'est pourquoi l'annexe B des PLFSS inscrivent les dépenses annuelles dans une trajectoire couvrant quatre années, tandis que les lois de programmation de finances publiques (LPFP) permettent d'inclure les dépenses de santé dans la stratégie d'ensemble des finances publiques sur au moins trois années.

¹⁷⁶ Tout en conservant le principe de l'exercice libéral, les honoraires des médecins intervenant en clinique, comme les salaires des médecins du secteur public, pourraient être couverts par les financements accordées aux cliniques (forfaits ou tarifs). De même, les transports de malades pourraient être plus systématiquement intégrés aux tarifs, et les paiements à l'épisode de soin ou au parcours davantage développés.

¹⁷⁷ L'Ondam est aujourd'hui découpé en six sous-objectifs : soins de ville, établissements de santé, ESMS pour personnes âgées, ESMS pour personnes handicapées, Fir, et autres prises en charge.

L'usage qui est fait de ces outils reste cependant très en deçà de leur potentiel pour s'assurer de la soutenabilité financière des actions engagées et permettre aux acteurs d'anticiper les transformations. L'annexe B des PLFSS présente des projections de dépenses et de recettes qui sont révisées chaque année (pluriannuel glissant). Globales, sans aucune précision sur les dépenses des différents sous-secteurs de l'Ondam, elles comportent un nombre très limité d'informations sur les modalités de mise en œuvre de la trajectoire pluriannuelle.

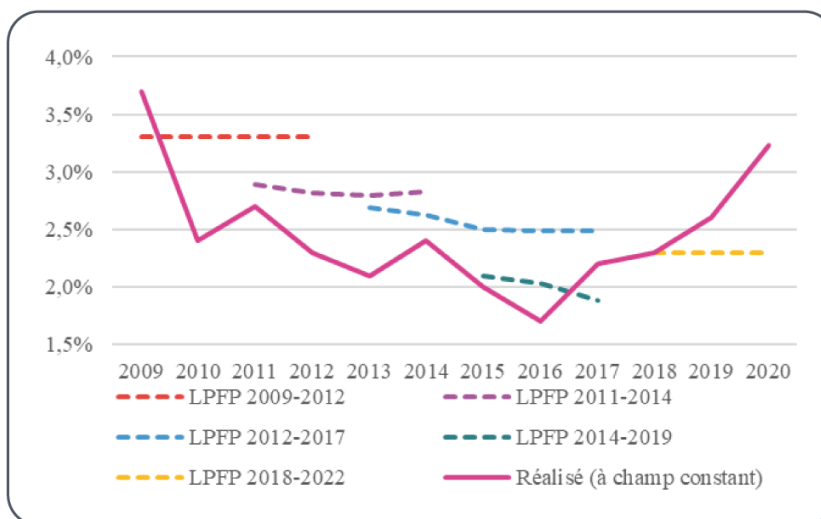
La loi organique du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques¹⁷⁸ a renforcé le cadre existant en prévoyant que les LPFP fixent l'Ondam en milliards d'euros et non pas en taux de progression des dépenses, empêchant les rebasages implicites en cas de dépassement¹⁷⁹.

Dans la pratique, les LPFP n'ont toutefois que peu orienté les décisions prises. D'une part, leurs objectifs ont été fortement révisés d'un exercice de programmation à l'autre. D'autre part, leur mise en œuvre s'en est sensiblement écartée. Jusqu'en 2016, dans un contexte de tensions répétées sur les finances publiques, les LFSS ont systématiquement révisé à la baisse les objectifs de progression des dépenses maladie, permettant une sous-exécution de l'Ondam par rapport aux LPFP. Depuis 2017, compte tenu de la volonté de redynamiser les revenus des acteurs du système de santé et des industriels¹⁸⁰, elles l'ont rehaussé quasiment systématiquement, et l'exécution a dépassé l'objectif chaque année, mis à part l'exercice 2018. Comme pour l'annexe B des PLFSS, la dimension programmatique des LPFP est restée d'autant plus faible que très peu de précisions sur les mesures envisagées pour parvenir aux objectifs votés sont associées à la trajectoire retenue.

¹⁷⁸ Loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques.

¹⁷⁹ Il s'agissait d'une recommandation du rapport du groupe de travail présidé par Raoul Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, remis le 20 mai 2010.

¹⁸⁰ En 2017, convention médicale et mesures salariales décidées dans le champ de la fonction publique (revalorisation du point d'indice, mise en place du protocole « parcours professionnels, carrières et rémunérations »). En 2018, engagements pris à l'égard de l'industrie pharmaceutique. En 2019, engagements pris à l'égard des fédérations hospitalières, mesures salariales décidées à l'égard des personnels hospitaliers.

Graphique n° 7 : Ondam inscrit en LPFP et réalisé

Note : l'Ondam 2020 réalisé est hors mesures de crise.

Source : LPFP ; Elbaum M., « L'évolution des dépenses de santé depuis vingt ans : quelques éléments d'analyse », in *Les Tribunes de la santé*, 2010 ; Cour des comptes

Pour sa part, la stratégie nationale de santé concrétisée par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé¹⁸¹ ne comportait pas de cadrage financier à proprement parler. Les documents préparatoires¹⁸² mentionnaient qu'elle devait s'inscrire dans une progression de l'Ondam de 2,5 % par an cohérente avec la LPFP alors en vigueur. Toutefois, cet objectif a été abaissé en LPFP 2014-2019.

Cette révision à la baisse du cadrage financier pour la période 2015-2017 s'est accompagnée d'un effort particulier pour réconcilier objectifs financiers et stratégie nationale de santé : un plan d'économies pluriannuel, dit « plan Ondam », a été élaboré, sans toutefois être présenté dans les documents budgétaires. Il ressort d'une analyse rétrospective de ce plan que les efforts réalisés ont été significatifs, bien qu'ils soient restés en deçà des intentions initiales en matière de transformation du système de santé (voir encadré ci-dessous).

¹⁸¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

¹⁸² « La stratégie nationale de santé – feuille de route », ministère des affaires sociales et de la santé, septembre 2013.

Le « plan Ondam » 2015-2017

Début 2014, le Gouvernement a annoncé la mise en œuvre en 2015-2017 d'un plan d'économies sur l'ensemble des dépenses publiques pour un montant de 50 Md€. L'assurance maladie devait y contribuer à hauteur de 10 Md€ dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé de 2013. Les économies ont été déclinées en une liste d'actions, sans toutefois être présentées dans les documents budgétaires (PLFSS, programme de stabilité et LPFP). Il est donc difficile d'en faire une évaluation *a posteriori*.

Il ressort de l'analyse des PLFSS que l'effort réalisé a été proche de que ce qui était initialement envisagé¹⁸³, malgré des retards sur certaines réformes structurelles :

- les gains sur les achats hospitaliers pour 1,2 Md€ aurait été globalement conformes à l'objectif¹⁸⁴ ;

- la progression des actes de chirurgie en ambulatoire (400 M€ d'économies attendues) est restée en deçà de l'objectif (51,6 % des séjours en chirurgie étaient inférieurs à une journée en 2017 contre une cible de 57 %¹⁸⁵) - les indemnités journalières ont progressé nettement plus que l'objectif retenu (masse salariale du secteur privé diminuée de 0,5 point) avec une progression de plus de 12 % entre 2014 et 2017 contre une cible de 6 %¹⁸⁶ ;

- la part des prescriptions de génériques dans le répertoire en volume n'a pas progressé des cinq points attendus (+2,7 points entre 2014 et 2017)¹⁸⁷ ;

- 84 % de l'objectif de maîtrise médicalisée aurait été réalisé¹⁸⁸ (2,1 Md€ d'économies attendues).

¹⁸³ La somme des économies présentées en LFSS dépasse légèrement les 10 Md€, mais en incluant 1 Md€ de transferts de charges sans incidence sur les finances publiques consolidées (notamment : 270 M€ de baisses de cotisations maladie des personnels de santé exerçant en ville en 2016 et 2017, 550 M€ de réduction de l'Ondam médico-social compensée par les ressources propres de la CNSA, et 220 M€ correspondant à une recette nouvelle) (source : avis du Comité d'alerte d'octobre 2016 et 2017).

¹⁸⁴ Source : programmes de qualité et d'efficacité (PQE) pour 2019.

¹⁸⁵ Source : Drees, *Les établissements de santé*, édition 2019.

¹⁸⁶ Source : PQE pour 2019.

¹⁸⁷ Source : rapports d'activité du CEPS en 2014 et en 2017.

¹⁸⁸ Économies réalisées à hauteur de 597 M€, 457 M€, 708 M€ pour les années 2015, 2016 et 2017 (source : rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale).

Les pouvoirs publics ne semblent pas avoir tiré d'enseignements de cet effort pour réconcilier les différents objectifs dans une perspective pluriannuelle. En particulier, les informations présentées dans l'annexe B ou les LPFP se sont nettement réduites, avec aucune précision sur les moyens pour respecter l'objectif pluriannuel dans les PLFSS 2017 et 2019, et un simple renvoi à la stratégie nationale de santé en 2018 et en 2020, laquelle ne comporte pas de cadrage financier.

Au total, à l'exception notable de la période 2015-2017, l'exercice de programmation pluriannuelle est donc resté assez largement formel et n'a pas permis de faire le lien entre les moyens financiers engagés et les objectifs de santé poursuivis. Cette information complèterait pourtant de manière utile les annexes 7 et 9 des PLFSS, que la Cour a déjà plusieurs fois recommandé de renforcer¹⁸⁹.

2 - Un cadre de régulation pluriannuel à renforcer et à mieux articuler avec les objectifs de santé

Un des intérêts principaux d'un cadre pluriannuel est d'apporter de la visibilité aux acteurs pour leur permettre de mettre en œuvre dans la durée les transformations nécessaires¹⁹⁰. Il doit assurer la cohérence entre les objectifs de santé et le cadre nécessairement contraint de la trajectoire des finances publiques.

Pour renforcer la pluriannualité et conforter le rôle des LPFP, la Cour a déjà recommandé¹⁹¹ de créer une provision de programmation pour l'ensemble des administrations publiques afin de financer les aléas, et d'élargir le mandat du Haut Conseil des finances publiques (HCFP) à l'appréciation du réalisme des prévisions de dépenses et de chiffrage des mesures nouvelles en pluriannuel. Cette provision de programmation devrait être complétée d'une provision à l'intérieur de l'Ondam¹⁹² qui viserait à assurer une application efficace de la pluriannualité, sans devoir

¹⁸⁹ Voir par exemple : Cour des comptes, « L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : en 2016, un objectif atteint au prix de nombreux biais ; en 2017 et au-delà, des économies effectives à rechercher et à accentuer », in *La Sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2017, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁹⁰ En ce sens, voir aussi : Aubert J.-M., op. cit.

¹⁹¹ Cour des comptes, *Les finances publiques : pour une réforme du cadre organique et de la gouvernance*, rapport public thématique, novembre 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁹² Sur le modèle de la provision introduite en LFSS 2019 pour les soins de ville mais abandonnée en LFSS 2021.

ajuster chaque année les mesures envisagées. Cette provision permettrait de faire face aux aléas de faible ampleur sur la période de programmation sans changer d'orientation générale. Le suivi annuel de la dépense tel que réalisé aujourd'hui par le Comité d'alerte permettrait d'assurer le respect des objectifs. Il paraît également souhaitable qu'un organisme indépendant (le Comité d'alerte ou le HCFP) formule un avis sur la cohérence entre la trajectoire de dépenses d'assurance maladie et les mesures envisagées pour respecter les trajectoires pluriannuelles des LPFP, dans le prolongement de ce qui est fait par le Comité d'alerte en octobre pour les PLFSS.

L'organisme choisi devrait disposer d'informations suffisantes portant sur les hypothèses de construction de l'Ondam pluriannuel, avec une décomposition précise des facteurs d'évolution de la dépense ainsi que la nature et les montants des mesures nouvelles envisagées. Une déclinaison fine au regard notamment des perspectives démographiques et épidémiologiques, de l'évolution prévisionnelle des coûts et des tarifs, ainsi que de l'impact attendu des mesures nouvelles et des réformes prévues par la stratégie nationale de santé apparaît également nécessaire pour assurer une cohérence entre les lois financières, les lois de santé et la stratégie générale de transformation de l'offre, et serait précieuse pour donner de la visibilité aux acteurs. Cet effort d'information, qui pourrait prendre la forme d'une annexe spécifique des LPFP, permettrait de disposer d'un cadre de référence pour suivre la mise en œuvre des mesures structurelles dont l'impact ne peut se faire sentir qu'à moyen terme.

Il conviendrait, à cet effet, d'y associer des indicateurs et des objectifs permettant de suivre la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé et d'en mesurer l'impact en termes de transformation du système de soins et d'efficience. Un débat parlementaire sur la stratégie nationale de santé et la trajectoire pluriannuelle de l'Ondam pourrait être organisé sur cette base en amont de la LPFP.

Cette gouvernance renforcée devrait s'appuyer sur le développement des capacités de projection des dépenses d'assurance maladie. À cet égard, il semble qu'un effort, modeste, de mise en cohérence des différents exercices existants (voir encadré ci-dessous) permettrait de parvenir, à un horizon rapproché, à un outil utile pour la conception des politiques de santé et leur suivi.

Des projections couvrant déjà largement la dépense de santé

Les exercices de prévision dans le champ de la dépense de santé sont nombreux et peuvent servir de base pour développer un outil de modélisation financière de moyen terme. Le Hcaam réalise ainsi des projections d'évolution spontanée des dépenses de santé à différents horizons sur un champ large¹⁹³.

La Cnam a réalisé en 2017 une projection des effectifs de patients pour les principales pathologies à un horizon de trois ans¹⁹⁴. Cet exercice est complété par les travaux menés en matière de cartographie médicalisée des dépenses¹⁹⁵. L'Insee a intégré un module portant sur les dépenses de santé en ville dans son modèle Destinie¹⁹⁶. La Drees réalise également des projections d'activité hospitalière de court séjour (MCO) à l'horizon 2030¹⁹⁷. L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) et la direction générale de l'offre de soins (DGOS) ont initié un travail comparable pour les activités de SSR. Pour le secteur médico-social, la Drees a développé un modèle (« Lieux de vie et autonomie » - Livia) qui permet de réaliser des projections du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans entre 2015 et 2050 avec des répartitions par sexe, tranche d'âge, niveau de perte d'autonomie et lieu de vie.

C - Mobiliser l'ensemble des leviers disponibles pour respecter l'Ondam et les objectifs fixés à moyen terme

Dans un système de santé fortement décentralisé et déterminé par l'offre, la maîtrise des dépenses implique une responsabilisation accrue des offreurs de soins en ville comme à l'hôpital. Compte tenu de la multiplicité des acteurs et des enjeux de bonne allocation des ressources au sein du système de santé, que l'Ondam à lui seul ne saurait régler, il convient plus largement de mobiliser l'ensemble des outils de régulation disponibles de manière cohérente et au niveau le plus pertinent pour orienter leurs activités et garantir le respect des objectifs financiers et de santé fixés par le Parlement.

¹⁹³ Hcaam, *Rapport annuel*, 2013. Voir aussi : HCfips, *Rapport sur les perspectives de financement à moyen-long terme des régimes de protection sociale*, 2017.

¹⁹⁴ Cnam, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance maladie pour 2018*, rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie au titre de 2018, septembre 2017.

¹⁹⁵ Annexe 7 des PLFSS.

¹⁹⁶ Geay C., Koubi M., Lagasnerie (de) G., *Projections des dépenses de soins de ville, construction d'un module pour Destinie*, document de travail G2015-15, Insee, 2015.

¹⁹⁷ Brilhaut G., Millien C., « Projections d'activité hospitalière à l'horizon 2030 », Les dossiers de la Drees, n° 18, mai 2017.

1 - Une large palette d'outils à optimiser et mettre en cohérence

a) Mieux responsabiliser les offreurs quant à la pertinence des soins

L'indexation d'une part de la rémunération des offreurs de soins sur des objectifs de pertinence est un levier d'autant plus intéressant qu'il viendrait compléter, quoique de façon nécessairement modeste, le mécanisme de correction automatique que constituent déjà les accords prix-volumes. Ainsi, à rémunération totale inchangée, il apparaît souhaitable d'augmenter la part de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) pour les médecins généralistes, et d'en étendre l'application aux médecins spécialistes ainsi qu'aux autres professionnels de santé habilités à prescrire. Les objectifs devraient être définis pour répondre aux principaux enjeux de pertinence des actes et des prescriptions, y compris en matière de biologie et d'imagerie médicales ainsi que de soins d'auxiliaires médicaux¹⁹⁸. Leur identification implique une exploitation approfondie des données de santé et une analyse permanente des pratiques en termes d'écarts à la moyenne et aux recommandations. La formalisation d'une mission d'observation des pratiques conjuguant l'expertise de la Cnam et de la Haute autorité de santé (HAS) à travers notamment la publication de synthèses contribuerait, plus largement, à l'établissement de constats partagés utiles pour orienter le comportement des acteurs et les interventions du régulateur.

La rémunération sur objectif de santé publique (Rosp)

En 2019, la Rosp a concerné 77 000 médecins libéraux environ (dont près de 51 000 généralistes) et 510 centres de santé, pour un montant total de 509 M€¹⁹⁹ (soit 0,6 % de l'Ondam « soins de ville »). Elle a représenté 6,7 % du revenu déclaré par les médecins généralistes (11,5 %

¹⁹⁸ En ce sens, voir aussi : Cour des comptes, « Les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral : une progression non maîtrisée, des mesures de régulation à prendre sans délai », in *La Sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2015, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁹⁹ Montant incluant la Rosp « médecin traitant de l'adulte » (263,8 M€ hors centres de santé et 4 M€ pour les centres de santé), « médecin traitant de l'enfant » (10,2 M€), « cardiologues » (9,2 M€), « gastro-entérologues » (2,9 M€) et « endocrinologues » (0,9 M€), ainsi que le « forfait structure » (154,5 M€) (source : Cnam).

avec le « forfait structure »)²⁰⁰ contre 1,6 % pour les cardiologues (3,8 %) et 1,2 % pour les gastro-entérologues (3,6 %)²⁰¹.

La quasi-totalité des indicateurs liés à la pertinence des prescriptions enregistrent une amélioration continue depuis 2016, qu'ils soient rattachés au volet « prévention » (psychotropes, antibiotiques) ou au volet « optimisation et efficience des prescriptions » (génériques et biosimilaires, notamment). Les effets de la Rosp sont en revanche décevants sur le dépistage des cancers.

En 2020, la Rosp devrait s'établir à 580 M€ environ²⁰².

La généralisation depuis 2016 du dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq) pour les établissements de santé et la perspective de sa montée en charge progressive à horizon 2022 offrent l'opportunité d'étendre ces principes à l'hôpital. La maîtrise des prescriptions hospitalières implique en outre l'identification individuelle du prescripteur²⁰³, en lien avec la dématérialisation des prescriptions²⁰⁴.

Ces outils sont complémentaires d'un renforcement de l'accompagnement des acteurs du soin dans le cadre de la rénovation de la gestion du risque annoncé par la Cnam²⁰⁵ : construction de parcours de soins et diffusion de référentiels de bonnes pratiques en lien avec la HAS,

²⁰⁰ Somme des montants moyens des Rosp « Médecin traitant de l'adulte » et « Médecin traitant de l'enfant » (et du « forfait structure ») pour les médecins généralistes libéraux rapportée au montant moyen des bénéfices non commerciaux (BNC) déclarés par l'ensemble des médecins généralistes libéraux à la Caisse autonome de retraite des médecins de France (Carmf) en 2019 (source : Carmf).

²⁰¹ Sur la base du montant moyen des BNC déclarés à la Carmf par les professionnels libéraux des spécialités correspondantes en 2019 (source : Carmf).

²⁰² Estimation Cour des comptes. 533 M€ sont inclus à ce titre sous forme de provisions dans le constat provisoire.

²⁰³ Cour des comptes, « La maîtrise des prescriptions à l'hôpital : mieux responsabiliser le corps médical », in *La Sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2016, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr. Voir aussi : Cour des comptes, « Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social : des enjeux à mieux reconnaître, une régulation à reconstruire », in *La Sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2019.

²⁰⁴ Voir chapitre VIII du présent rapport.

²⁰⁵ Cnam, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance maladie pour 2022*, Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie au titre de 2022, juillet 2021.

communication de données personnalisées aux professionnels de santé ou encore lutte contre les erreurs de facturation et la fraude.

b) Mobiliser tous les outils pour transformer le système de soins

Plus largement, l'enjeu est d'être en mesure d'apprécier la pertinence comparée des différents outils disponibles (réformes des financements, autorisations d'activité, politique contractuelle avec les établissements et les professionnels de santé, nomenclatures...) et de constituer une doctrine pour leur mobilisation conjointe au service de la transformation de l'offre et des pratiques dans un cadre pluriannuel²⁰⁶.

À titre d'exemple, dans le champ des soins de ville, les conventions nationales prévoient la prise en charge des cotisations d'assurance maladie des médecins, des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux. La dépense correspondante a représenté un montant de 2,5 Md€ en 2019 (soit 2,7 % des dépenses d'assurance maladie en faveur des soins de ville et 6,2 % des rémunérations versées aux professionnels de santé²⁰⁷). Cette prise en charge, qui s'accompagne de contreparties limitées en matière d'accès aux soins, pourrait être plus fortement modulée en fonction notamment des besoins de rééquilibrage territorial²⁰⁸.

En matière de financement, l'approche mixte retenue par le ministère des solidarités et de la santé dans le cadre de la stratégie « Ma santé 2022 » doit être poursuivie avec cohérence dans la durée, comme la

²⁰⁶ Voir par exemple : Cour des comptes, « La régulation des dépenses de dispositifs médicaux », op. cit.

²⁰⁷ Y compris centres de santé ; hors FIR. Source : états financiers régionaux des dépenses de santé 2019.

²⁰⁸ Cour des comptes, *Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé*, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, juin 2014, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr. Voir aussi : « La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins », in *La Sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2017 ; « Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder », in *La Sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2016 ; « Les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral : une progression non maîtrisée, des mesures de régulation à prendre sans délai », op. cit.

Cour le recommande par ailleurs²⁰⁹. De ce point de vue, certains arbitrages récents apparaissent rester en deçà de cet objectif²¹⁰.

La Cour a eu l'occasion à de nombreuses reprises de souligner également le besoin de rénover les nomenclatures pour mieux identifier les actes²¹¹ et les mettre en adéquation avec les pratiques actuelles²¹². La récente mise en place du Haut conseil des nomenclatures, encourageante, devra rapidement conduire à la programmation des mesures nécessaires²¹³.

Les régimes d'autorisation devraient quant à eux continuer à être modernisés²¹⁴. Le déploiement des CPOM devrait se poursuivre et leur contenu être enrichi et renforcé, notamment en rétablissant le lien avec une possibilité de révision des autorisations dans une perspective de transformation de l'offre.

*c) Réarmer la régulation infra-annuelle en cohérence
avec les objectifs de moyen terme*

Dans le sens des recommandations antérieures de la Cour, les mises en réserve conservatoires de dépenses devraient être réparties sur l'ensemble des segments de l'offre de soins²¹⁵ et correspondre à des dépenses qu'il est effectivement possible d'annuler ou de reporter. En particulier, l'entrée en vigueur des mesures nouvelles (notamment :

²⁰⁹ Voir chapitre VII du présent rapport.

²¹⁰ Par exemple, l'arrêté du 25 septembre 2019 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de maladie rénale chronique retient un champ très limité, en excluant du forfait les honoraires des professionnels libéraux, les hospitalisations de jour et les actes techniques, en contradiction avec les recommandations du rapport Aubert déjà cité.

²¹¹ Voir par exemple : Cour de Comptes, « Les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral : une progression non maîtrisée, des mesures de régulation à prendre sans délai », op.cit.

²¹² Un audit réalisé en 2017 par KPMG à la demande de l'Union française des orthoprothésistes relève par exemple que « parmi les 1 500 références du Titre II Chapitre 7 [orthoprothèses], près de la moitié n'est plus en adéquation avec les techniques actuelles de conception des appareillages ».

²¹³ Les décrets d'application (n° 2021-491 et n° 2021-492) sont parus en avril 2021.

²¹⁴ Voir Cour de Comptes, « Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie », février 2021, op. cit.

²¹⁵ Voir notamment : « Les dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019 : des progrès dans la maîtrise globale des dépenses, des réformes à intensifier », in *La Sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

augmentations conventionnelles des tarifs des professionnels de ville) devrait être conditionnée au respect de l'Ondam, et les montants correspondants gelés en début d'année²¹⁶.

2 - Une déconcentration à renforcer

La déconcentration de la régulation du système de santé doit permettre une mobilisation plus efficiente des leviers disponibles, dans le cadre d'une stratégie territorialisée de transformation de l'offre, comme la Cour a eu l'occasion de recommander à plusieurs reprises²¹⁷.

En effet, les ajustements à mettre en œuvre ne sont en effet pas les mêmes en Seine-et-Marne, qui comptait 394 lits en hospitalisation complète pour 100 000 habitants en 2018, et dans les Hautes-Alpes, qui en comptait 1 101²¹⁸. Si une partie de ces écarts peut être justifiée par des besoins différenciés au regard des caractéristiques de la population, l'indicateur d'accessibilité pondérée localisée (APL) tenant compte de la structure par âge met en évidence un écart presque du simple au double s'agissant de la disponibilité des médecins généralistes entre le Cher (2,7 consultations par an et par habitant en moyenne « standardisée » en 2018) et le Bas-Rhin (5,1)²¹⁹.

Ces disparités se retrouvent au niveau des dépenses d'assurance maladie : ainsi, les remboursements d'honoraires paramédicaux par habitant se sont établies en 2019 à 111 euros en Ile-de-France et 113 euros

²¹⁶ A l'heure actuelle, l'article L. 164-11-1-1 du code de la sécurité sociale prévoit seulement une entrée en vigueur reportée au 1er janvier de l'année suivante si le comité d'alerte constate un risque sérieux de dépassement de l'Ondam sur l'exercice en cours. Il ne permet pas de réagir en cas de dépassement du seul objectif « soins de ville », ni de garantir le respect d'une trajectoire pluriannuelle de l'Ondam.

²¹⁷ Voir notamment : « Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant », in *La Sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2015, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr ; *L'avenir de l'assurance maladie*, op. cit. ; « Les financements par dotation aux établissements de santé (Migac et FIR) : une simplification nécessaire », op. cit.

²¹⁸ Source : Drees, SAE 2018 ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2018.

²¹⁹ Source : Sniiram 2018, EGB 2018, Cnam ; populations par sexe et âge 2016, distancier Metric, Insee ; traitements Drees.

en Pays-de-la-Loire, contre 360 euros en Provence-Alpes-Côte-D'azur et 505 euros en Corse²²⁰ sans justification objective²²¹.

La déconcentration d'une partie des leviers de régulation de l'offre de soins implique que des marges de manœuvre significatives soient laissées à la main des acteurs locaux, dans le cadre d'enveloppes financières réparties entre régions en fonction de critères objectifs.

Or, le FIR – principal outil financier à la main des ARS – comptait en 2019 pour moins de 2 % des dépenses d'assurance maladie exécutées dans les régions, dont 3,0 % des financements alloués aux établissements sanitaires, 0,9 % des financements alloués aux ESMS et 0,4 % seulement des financements alloués aux soins de ville²²². Sa répartition entre régions est peu transparente²²³. Son utilisation est en outre largement contrainte : un rapport estimait en 2018 que les crédits libres d'affectation représentaient entre 10 et 15 % du FIR²²⁴. Le constat est similaire pour les autres dotations²²⁵.

La rémunération à la performance (Rosp et Ifaq) est quant à elle entièrement définie au niveau national, alors même que les pratiques et les enjeux de santé publique²²⁶ peuvent varier localement.

Les réformes engagées dans les champs de la psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation vont dans le bon sens en ce qu'elles prévoient l'introduction de dotations populationnelles réparties entre régions sur la base de critères démographiques pondérés, puis en leur sein en fonction de

²²⁰ Source : états financiers régionaux des dépenses de santé 2019 ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2019.

²²¹ Cour des comptes, « Les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral : une progression non maîtrisée, des mesures de régulation à prendre sans délai », op. cit.

²²² Source : états financiers régionaux des dépenses de santé 2019.

²²³ Cour des comptes, « Les financements par dotation aux établissements de santé (Migac et FIR) : une simplification nécessaire », op. cit.

²²⁴ Igas, *Le pilotage de la transformation de l'offre de soins par les ARS*, novembre 2018.

²²⁵ Les missions d'intérêt général (Mig) (5,4 Md€ en 2019) sont libres d'emploi à 9,7 % (source : ibid.). Les aides à la contractualisation (AC) (1,6 Md€) sont fléchées pour moitié (source : Cour des comptes, « Les financements par dotation aux établissements de santé (Migac et FIR) : une simplification nécessaire », op. cit.). Les dotations de fonctionnement (DAF) (16,9 Md€) sont fongible avec le FIR dans la limite de 1 %.

²²⁶ À titre d'illustration, le taux de mortalité infantile varie en métropole de 1,5 % en Haute-Loire à 6,0 ‰ dans le territoire de Belfort ; il s'établit à 9,4 ‰ en Guyane (source : Insee, état civil, estimations de population, 2015-2017).

critères objectifs à définir par chaque ARS²²⁷. Il importe de les mener à terme, mais surtout d'en étendre et d'en amplifier le principe, pour mettre les ARS pleinement en capacité de décliner, au niveau territorial, les orientations définies au niveau national dans le cadre de l'Ondam.

La déconcentration de la régulation suppose parallèlement de remédier aux faiblesses actuelles au niveau territorial. Les premiers enseignements issus de la crise (voir encadré dans la première partie de ce chapitre) corroborent en effet plusieurs constats de la Cour s'agissant notamment d'une régulation trop distante des cliniques privées²²⁸ et des limites de la régulation de l'offre en ville par les ARS²²⁹. Se posent également la question de l'adéquation des ressources humaines et de l'organisation des ARS aux enjeux de régulation de l'offre de soins, et celle de leur accès aux données pertinentes pour la piloter²³⁰.

²²⁷ Voir chapitre VII du présent rapport.

²²⁸ Cour des comptes, *Constats issus des premiers contrôles des cliniques privées*, référé, mars 2019, disponible sur www.ccomptes.fr.

²²⁹ Voir notamment le chapitre VI du présent rapport et Cour des comptes, *L'ordre des infirmiers*, référé, janvier 2021, disponible sur www.ccomptes.fr.

²³⁰ Igas, op. cit. ; Grenier J-C, Firmin-Le Bodo A., *10 ans des ARS – Un bilan en demi-teinte*, Mission d'information, Assemblée nationale, 16 juin 2021.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Pendant une dizaine d'années et jusqu'à la veille de la crise sanitaire, l'Ondam et les outils de régulation associés ont permis de contenir l'évolution des dépenses d'assurance maladie. Plusieurs points demeuraient toutefois insatisfaisants, avec notamment l'accumulation de déficits par une partie des hôpitaux et une maîtrise insuffisante de la consommation de certains biens et services médicaux. En outre, la régulation financière ne s'est pas accompagnée d'un effort de réforme suffisant, notamment en matière de pertinence des soins et de transformation du système de santé.

Depuis le début de l'année 2020, ces difficultés persistent et l'Ondam ne joue plus son rôle d'encadrement des dépenses, compte tenu des mesures exceptionnelles prises pour faire face à la pandémie, mais surtout du plan de revalorisation des rémunérations des personnels des filières hospitalières et médico-sociale ainsi que de l'effort exceptionnel d'investissement dans le système de santé annoncé par les pouvoirs publics (« Ségur de la santé »).

Passées les conséquences immédiates de la crise sanitaire, le rétablissement d'un cadre de régulation garantissant une progression maîtrisée des dépenses d'assurance maladie apparaît indispensable. Il devra s'accompagner d'une rénovation de la gouvernance du système de soins afin de mieux concilier les objectifs de soutenabilité financière et de santé.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 9. élargir le périmètre de l'Ondam à l'ensemble des dépenses de santé prises en charge par les branches de la sécurité sociale, et lui annexer un nombre limité d'objectifs complémentaires (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, ministère chargé du budget) ;*
- 10. inscrire l'Ondam dans une trajectoire pluriannuelle étayée, finement documentée en lien avec la stratégie de santé, et justifier précisément les révisions éventuelles par rapport à cette trajectoire (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, ministère chargé du budget) ;*
- 11. lier une part significative de la rémunération des offreurs de soins en ville et à l'hôpital à l'atteinte d'objectifs de pertinence, et formaliser une mission d'observation des pratiques conjuguant l'expertise de la Cnam et de la Haute autorité de santé (HAS) à travers notamment la*

publication de synthèses (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam, HAS) ;

12. *conditionner les revalorisations au respect de l'Ondam, et mettre en réserve chaque année les montants correspondants (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, ministère chargé du budget) ;*
 13. *renforcer les outils et les prérogatives des ARS pour décliner les orientations définies au niveau national dans le cadre de l'Ondam, en tenant compte des rééquilibrages nécessaires entre régions, à travers notamment :*
 - *le développement des dotations populationnelles aux différents secteurs d'activités de soins ;*
 - *des dotations régionales, créées par étape à partir du FIR et mobilisées de manière flexible par les ARS pour faciliter les transformations locales des différents secteurs d'activité nécessaires à des soins mieux gradués et coordonnés (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, ministère chargé du budget).*
-

Deuxième partie

Sortir des modes de gestion de crise

Chapitre IV

Les organismes de sécurité sociale dans la crise sanitaire, premiers constats

PRÉSENTATION

Comme l'ensemble des administrations publiques, les organismes de sécurité sociale doivent faire face depuis mars 2020 au défi d'une crise d'une nature et d'une ampleur sans précédents. De sanitaire, la crise de la covid 19 s'est muée également en une crise économique et sociale, compte tenu des impacts sur l'activité et l'emploi des mesures de restriction de la circulation de la population et de fermeture de certaines activités.

Alors que cette crise multiforme se poursuit, la Cour a souhaité dresser un bilan, nécessairement provisoire, de ses impacts sur l'organisation, le fonctionnement, les activités et les résultats opérationnels des organismes du régime général de sécurité sociale²³¹ qui versent des prestations sociales et collectent des prélèvements sociaux²³².

À ce titre, elle a cherché à répondre, par des premiers constats, à quelques interrogations essentielles : la continuité du service public de la sécurité sociale a-t-elle été assurée tout au long de l'année 2020 ? Quelles adaptations les organismes de sécurité sociale ont-ils dû effectuer pour l'assurer, à quels coûts et avec quelles conséquences ? La qualité du service qu'ils rendent aux assurés et aux entreprises s'en est-elle ressentie ? En quoi les organismes de sécurité sociale contribuent-ils à atténuer la crise sanitaire et ses effets sur l'économie et la société françaises ?

Alors qu'ils étaient peu préparés à la soudaineté et à l'ampleur du premier confinement, les organismes de sécurité sociale sont parvenus à généraliser le télétravail et à continuer à assurer le service des prestations auprès des assurés dans des délais généralement maîtrisés, grâce il est vrai à des mesures exceptionnelles d'allègement des procédures de gestion et au prix d'une dégradation de la qualité de la réponse au public (I). La durée de la crise doit appeler les organismes de sécurité sociale à accompagner par des démarches plus proactives les personnes les plus touchées, sans perdre de vue les impératifs de recouvrement et de contrôle des prélèvements et des prestations (II).

²³¹ N'est pas concernée par cette enquête la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) à qui la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a confié, à compter du 1^{er} janvier 2021, la gestion de la cinquième branche de la sécurité sociale qu'elle a créée.

²³² Pour réaliser cette enquête, la Cour a effectué des entretiens et recueilli des éléments documentaires auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos), tête de réseau des Urssaf, de la caisse nationale des allocations familiales (Cnaf), de la caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), de la caisse nationale de l'assurance vieillesse (Cnav), d'organismes locaux (Caf de l'Essonne et du Gard, CPAM des Hauts-de-Seine et du Morbihan, les caisses de retraite de l'Ile-de-France et de Midi-Pyrénées et Urssaf d'Ile-de-France et de Midi-Pyrénées), ainsi que de la direction de la sécurité sociale, autorité administrative de tutelle des organismes de sécurité sociale.

I - Une adaptation dans l'urgence, un service du public globalement assuré

Les organismes de sécurité sociale ont dû faire face à une crise sanitaire, d'une échelle et d'une portée inédites, à laquelle ils n'étaient pas préparés. Ils sont globalement parvenus à assurer la continuité de leurs activités, en bousculant l'organisation, en généralisant massivement le travail à distance, mais aussi en allégeant les règles et les procédures de gestion habituelles, ce qui n'a cependant pas permis d'éviter une dégradation de la qualité des contacts avec le public.

A - Une gestion de crise organisée pour garantir l'essentiel

1 - Un défaut de préparation, suivi d'une adaptation progressive

Avant la crise sanitaire, les plans de continuité d'activité (PCA) des branches du régime général de sécurité sociale n'envisageaient pas un risque pandémique de portée nationale. Conçu en 2009, après l'épidémie de grippe H1N1, le plan de l'assurance maladie envisageait ainsi une hypothèse de forte pandémie, mais retenait uniquement des solutions de repli des sites sinistrés vers ceux qui ne l'étaient pas. Les plans des branches famille, vieillesse et recouvrement n'envisageaient pas les effets d'un risque pandémique susceptible d'entraîner une large indisponibilité des moyens humains et techniques des sites d'activité.

À partir de février 2020, les directions des organismes nationaux et locaux des branches du régime général ont mis en place des cellules de crise afin de préparer des adaptations de l'organisation des activités.

Dans l'ensemble des branches, ces cellules ont alors piloté l'actualisation des plans de continuité, dans l'objectif de déterminer des activités prioritaires et de suivre l'évolution de la disponibilité des ressources humaines et des délais de gestion de chaque organisme local. La direction de la sécurité sociale a elle-même suivi des indicateurs clé remontés par les branches. Les échanges entre organismes nationaux et locaux et entre les organismes nationaux et la direction de la sécurité sociale ont d'abord été quotidiens, puis se sont espacés.

Les premiers jours de gestion de crise ont fait apparaître quatre difficultés majeures, progressivement surmontées au cours des semaines suivantes. Ainsi, le télétravail n'était pas pratiqué dans tous les organismes

locaux et nationaux, malgré un cadre juridique national favorable à son développement²³³. Le parc informatique des organismes de sécurité sociale ne comportait pas suffisamment d'ordinateurs nomades. Peu d'agents disposaient de téléphones portables professionnels, indispensables pour communiquer dans un contexte professionnel avec les assurés, les cotisants ou les autres agents. Les capacités de connexion VPN (*Virtual Private Network*), indispensables au télétravail des agents, étaient insuffisantes.

Les organismes de sécurité sociale ont dû acquérir dans l'urgence des ordinateurs, des téléphones portables et d'autres équipements mobiles (casques). Les directions informatiques ont également accru les capacités de connexion à distance (VPN). En quelques mois, ces capacités ont été multipliées entre deux (recouvrement) et sept (vieillesse).

L'ampleur de la crise a conduit à instaurer un régime dérogatoire de télétravail reposant sur des déclarations unilatérales des organismes employeurs et l'attribution d'indemnités particulières. Toutefois, des dispenses d'activité ont dû être accordées à certains salariés ne pouvant télétravailler en l'absence d'ordinateur, même personnel, ou de possibilité de connexion au réseau interne de leur organisme (capacités VPN insuffisantes, résidence dans une « zone blanche » non couverte par la 4G). Ces dispenses se sont accompagnées du maintien des rémunérations des agents. Non éligibles à l'activité partielle, les organismes ont assumé la totalité des coûts correspondants.

Les dispenses d'activité lors du premier confinement

Dans la branche famille, les dispenses d'activité ont respectivement atteint 9,5 %, 10,5 % et 6,3 % des temps enregistrés en mars, avril et mai 2020. Dans la branche vieillesse, au cours de ces mêmes mois, les dispenses d'activité représentaient 11,8 %, 7,2 % et 2,6 % des temps normalement travaillés. Dans l'activité de recouvrement, les dispenses d'activité ont atteint 6,3 % en mars, 4,7 % en avril et 3 % en mai. La Cnam estime que les dispenses d'activité se sont élevées à 20,8 % en mars, 9,6 % en avril et ont ensuite progressivement été résorbées jusqu'en juin (0,1 % en juillet).

Sur l'ensemble de l'année 2020, la capacité de production des caisses d'allocation familiales (CAF), des Urssaf et des caisses de retraite,

²³³ Prévu dès 2014 par un premier accord modifié en 2017, le télétravail était autorisé jusqu'à 3 jours par semaine et l'agent volontaire percevait une indemnité de 2,60 € par jour télétravaillé ou un forfait mensuel selon le nombre de jours télétravaillés. Cette même indemnité de 2,60 € est versée aux agents en télétravail depuis le déclenchement de la crise sanitaire.

tous motifs d'absentéisme confondus (congés, maladie, dispenses d'activité, autres...), n'a en définitive pas baissé par rapport à 2019 au vu des données relatives à l'activité et aux motifs d'absence des agents. Le télétravail a constitué le mode prépondérant d'activité tout au long de l'année (60 à 70 % des effectifs de l'assurance maladie à l'automne 2020).

Selon les informations communiquées par les organismes nationaux du régime général, la crise sanitaire les a conduits à effectuer 184 M€ de dépenses exceptionnelles en 2020, dont 104 M€ de dépenses de personnels (recrutement de CDD, prime « Covid », indemnités de télétravail, heures supplémentaires), 46 M€ de dépenses de fonctionnement courant (dont des recrutements d'intérimaires) et 34 M€ de dépenses d'investissement (achats d'équipements informatiques et téléphoniques, réaménagements).

2 - Une priorité donnée à la continuité des droits et des ressources

Les organismes nationaux du régime général ont rapidement adressé aux organismes locaux des instructions soulignant l'impératif de continuité d'activité, identifiant des missions prioritaires et détaillant des mesures de réorganisation de la production et d'allègement de la charge de travail, par priorisation, suspension ou report de tâches, nécessaires à leur exercice.

Afin de prévenir les risques d'interruption d'accès aux droits et de ruptures de ressources, priorité a été donnée à certaines missions : versements des pensions de vieillesse, minima sociaux pour les branches famille (RSA, prime d'activité et AAH) et vieillesse (Aspa) ; gestion des droits (affiliation à l'assurance maladie pour la prise en charge de base des frais de santé et à la complémentaire santé solidaire pour celle du ticket modérateur), attribution des revenus de remplacement (indemnités journalières, pensions d'invalidité) ou de réparation (rentes d'accidents du travail – maladies professionnelles), prise en charge des frais de santé et versements de dotations aux établissements de santé et médico-sociaux pour l'assurance maladie.

Les organismes locaux ont redéployé des effectifs vers ces missions prioritaires. Dans les branches de prestations, ont été réduits les effectifs des accueils physiques, du service social et des fonctions de recouvrement et de contrôle, tandis qu'ont été renforcés ceux des accueils téléphoniques et maintenus ou renforcés ceux de la gestion des droits et des prestations. Les redéploiements se sont cependant heurtés au manque de polyvalence des agents. Des dispositifs d'entraide entre caisses ont alors été activés.

3 - Des dérogations facilitantes

L'état d'urgence sanitaire s'est accompagné d'une « période juridiquement protégée »²³⁴ du 12 mars au 23 juin 2020, qui a notamment permis le report des actes des assurés ou des décisions des organismes de sécurité sociale qui auraient dû intervenir ou dont les effets expiraient durant cette période.

Ces mesures ont prolongé les droits et prestations attribués pour un temps limité ou dont la poursuite du versement dépendait de déclarations périodiques. Elles ont de plus allégé la charge de travail des organismes liée à l'instruction de nouvelles demandes et de réexamens de situations, à un moment où leur capacité de production était amoindrie par les dispenses d'activité et par les arrêts de travail dérogatoires accordés aux agents gardant des enfants ou vulnérables à la covid 19. Sauf exception, leur impact sur les charges de prestations n'a pas été mesuré.

Des prolongations de droits pour plusieurs millions d'assurés

- Personnes étrangères : prolongation d'office de 6 mois de la durée de validité des titres de séjours échus entre le 1^{er} janvier et le 15 mars et entre le 16 mars et le 15 juin 2020 (3 mois pour les attestations de demande d'asile), qui a bénéficié à 112 000 titulaires de droits aux prestations d'assurance maladie ;
- Accès aux soins : prolongation d'office de trois mois de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État, soit jusqu'à fin juillet (fin janvier 2021 pour la Guyane), pour respectivement près de 2,4 millions (soit un bénéficiaire sur trois) et 132 000 personnes (soit 40 % du total) ;
- Minima sociaux : prolongation d'office de trois mois des droits aux minima sociaux (RSA, prime d'activité et AAH) versés par les CAF, même en l'absence de réception de la déclaration trimestrielle de ressources attendue en avril. Selon la Cnaf, cette mesure aurait suscité un montant de 50 à 100 M€ de charges nettes²³⁵ supplémentaires de prestations en 2020 ;
- Personnes handicapées : maintien de trois mois des droits pour 116 000 bénéficiaires de l'AAH pour lesquels les accords des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) avaient expiré avant le 12 mars sans être renouvelés, ou ayant expiré entre le 12 mars et le 31 juillet 2020 ; de même pour les droits à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ;

²³⁴ Loi du 23 mars 2020 ordonnance n° 2020-306 du 25 mars 2020, modifiée par l'ordonnance n° 2020-560 du 13 mai 2020.

²³⁵ Estimation d'un montant net, car il convient de déduire des dépenses au bénéfice des personnes dont les droits ont été maintenus, les dépenses estimées qui auraient été faites aux personnes dont les droits, suspendus, auraient été régularisés ensuite.

- Logement : report de trois mois des échéances génératrices de suspensions des droits aux aides au logement (absence de fourniture d'un plan d'apurement, des justificatifs attestant le respect d'un plan en cours ou de la notification d'une aide du fonds de solidarité pour le logement) ;
- Retraite : non suspension des prestations de retraite versées à des résidents à l'étranger ou aux titulaires de pensions de réversion ou de prestations du minimum vieillesse en cas de non-retour des documents habituels ;
- Soins de longue durée : report à 2021 de l'examen par le service médical de l'assurance maladie de la situation de près de 280 000 assurés titulaires d'une affection de longue durée (ouvrant droit à une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie des frais de santé en lien avec la pathologie concernée, sans ticket modérateur), depuis plus de 10 ans, ce que ne permet plus la réglementation (sur 1,6 million d'assurés au total dans cette même situation).

Ces allègements de la charge de travail des organismes de sécurité sociale leur ont permis de maîtriser (Urssaf, caisses de retraite), voire de réduire (CAF) le volume des demandes ou de pièces restant à traiter fin 2020 par rapport à fin 2019.

B - Un versement des prestations assuré, mais des organismes temporairement moins accessibles

1 - Des délais maîtrisés, sauf exception

La priorisation des activités des caisses, les prolongations de droits dont elles assurent la gestion, mais aussi la mise à disposition quotidienne des fonds nécessaires au paiement des prestations par le réseau des Urssaf ont contribué à la maîtrise des délais d'attribution de droits à prestation et de versement des prestations, ce qui était la priorité absolue.

a) L'assurance maladie, des délais maîtrisés en moyenne annuelle

Sur l'ensemble de l'année 2020, les délais de remboursement par l'assurance maladie aux professionnels et aux établissements de santé des frais de santé en tiers payant sont restés compris entre 6 et 8 jours, pour les 10 % des délais les plus longs. Cela n'est pas étonnant : sauf exception, ces remboursements, qui sont issus de feuilles de soins électroniques (FSE), sont entièrement automatisés. Les délais moyens de remboursement aux assurés pour les seules feuilles de soins non dématérialisées, qui ne représentent plus

que 4 % environ des règlements de frais de santé par l'assurance maladie, ont quant à eux culminé à 32 jours la semaine du 20 avril, avant de revenir au niveau habituel de 17 jours. Les versements aux établissements de santé et médico-sociaux n'ont pas connu de retards signalés.

En moyenne annuelle, les délais de mise en paiement de la première indemnité journalière (IJ) maladie, maternité ou paternité ont été comparables ou meilleurs que ceux de 2019 : 35,5 jours pour les indemnités subrogées²³⁶ par l'employeur, contre 36 jours ; 28,8 jours pour les indemnités non subrogées, contre 30,5 jours. Si les délais sont montés à 39,2 jours en moyenne nationale en mai 2020, ils sont revenus dès septembre à 31 jours.

L'assurance maladie a par ailleurs peiné à absorber la charge d'activité supplémentaire liée, en raison de la pandémie, au versement d'IJ dérogatoires à des personnes interrompant leur activité professionnelle afin de garder des enfants, vivant avec une personne vulnérable ou elles-mêmes vulnérables en cas d'infection par le Sars-CoV-2 ou ayant été en contact avec une personne infectée.

L'indemnisation d'arrêts de travail de personnes non malades

En application du décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020, l'assurance maladie a reçu mission de gérer des indemnités journalières dérogatoires au droit commun. Ce dispositif dérogatoire a couvert de nouveaux publics comme les professions libérales, les professionnels de santé et les artistes-auteurs qui ne bénéficient pas d'IJ en temps ordinaires²³⁷.

Il a fait l'objet d'un recours massif : 1,4 million de demandes d'IJ pour garde d'enfant²³⁸, près de 241 000 pour des personnes vulnérables à la covid 19 et 473 000 émanant de personnes ayant été en contact avec des

²³⁶ En cas de subrogation, l'employeur maintient le salaire et se fait rembourser par l'assurance maladie.

²³⁷ Artistes auteurs ayant des gains artistiques inférieurs à 900 Smic horaires et ceux ayant débuté leur activité en 2019 et 2020 (lettre ministérielle du 6 mai 2020).

²³⁸ Avant que la loi de finances rectificative du 25 avril 2020 ne fasse basculer dans le dispositif d'activité partielle, à partir du 1^{er} mai, les salariés du secteur privé concernés. Le dispositif est toutefois resté applicable pour les travailleurs indépendants, les non-salariés agricoles, les artistes auteurs, les stagiaires de la formation professionnelle et les dirigeants de société relevant du régime général.

personnes infectées²³⁹ ; 64 000 professionnels de santé ont bénéficié de 156 000 forfaits d'IJ (de mars à juillet 2020). Selon la Cnam, les indemnités journalières dérogatoires ont représenté une charge de 1,22 Md€ pour les salariés du régime général et 0,3 Md€ pour les non-salariés.

Pour traiter ces demandes, l'assurance maladie a mis en ligne en quelques jours, dans l'urgence, le nouveau téléservice declare.ameli.fr, dès le 3 mars 2020 pour les demandes relatives aux gardes d'enfant, le 18 mars pour les déclarations relatives aux personnes vulnérables et le 24 mars pour les professionnels de santé libéraux. Les assurés peuvent y déclarer des arrêts de travail relatifs à l'épidémie de covid 19, parfois sans justificatif. Ainsi, pendant le premier confinement, une personne pouvait s'autodéclarer vulnérable sans avis médical.

En raison des maintiens de droits accordés aux assurés, le délai moyen d'instruction des demandes d'attribution de la complémentaire santé solidaire aux foyers dotés de faibles ressources s'est amélioré en 2020 par rapport à 2019 (12,6 jours contre 14,9 jours), malgré une hausse de 4 % du nombre de demandes. En revanche, le délai moyen d'instruction des demandes d'aide médicale de l'État par des personnes étrangères sans titre régulier de séjour s'est dégradé (30 jours en 2020 contre 24 jours en 2019).

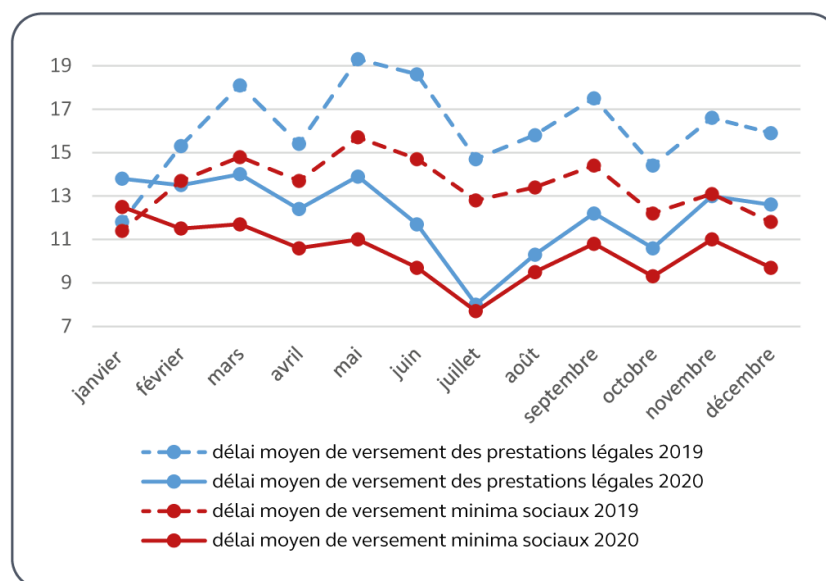
Le délai d'indemnisation des IJ dérogatoires non subrogées est monté à 100 jours fin juillet 2020 pour redescendre progressivement à 46 jours à la mi-septembre. Fin décembre 2020, ces IJ dérogatoires étaient versées en 22 jours.

b) Les versements des CAF facilités par les règles dérogatoires

Les mesures législatives de prolongation de droits aux prestations et celles, internes, de simplification de l'instruction des demandes expliquent des évolutions favorables pour les allocataires des prestations sociales ou des minima sociaux. Une amélioration des délais a pu être constatée pour la quasi-totalité des mois de l'année 2020 par rapport à ceux de l'année 2019.

²³⁹ Le dispositif « garde d'enfants » a été réactivé le 1^{er} septembre et le dispositif « cas contact » le 3 octobre. Le 13 novembre, un nouveau dispositif pour personnes dites "vulnérables" a été ouvert.

Graphique n° 8 : délais moyens (en jours) de versement des prestations légales et des minima sociaux par les CAF en 2019 et 2020



Source : Cour des comptes d'après les données de la Cnaf

c) Des résultats préservés pour l'assurance vieillesse

Les caisses de retraites doivent s'efforcer de notifier aux assurés leurs droits à pension avant la date d'entrée en jouissance de la retraite.

En 2020, 79,4 % des prestations de droit propre ont été notifiées aux assurés anciennement salariés avant cette date (contre 72,6 % en 2019). Ce taux est plus faible pour les travailleurs indépendants (51,5 %, mais marque une forte amélioration par rapport à 2019 (8,4 %). S'agissant des prestations de droit dérivé (pensions de réversion), 64,8 % ont été notifiées 4 mois au plus suivant le dépôt de la demande pour les veufs(ves) de salariés (contre 53,6 % en 2019) et 81,5 % pour ceux(celles) de travailleurs indépendants (82 % en 2019).

Ces résultats s'expliquent notamment, pour les droits propres, par une forte chute des demandes de retraite durant le premier confinement (-13% en nombre par rapport à la même période de 2019). En outre, les procédures d'instruction des demandes ont été simplifiées.

2 - Des contacts rendus plus difficiles avec le public

La fermeture des accueils, la difficulté à accéder à un conseiller par téléphone et l'orientation numérique privilégiée pendant la crise ont affecté l'accès à la sécurité sociale des assurés isolés ou éloignés du numérique.

a) Des solutions transitoires pour pallier la fermeture des accueils

Les accueils physiques des organismes de sécurité sociale ont en effet été fermés au moment du premier confinement, puis ont progressivement rouvert en mai, juin ou juillet 2020. Pour pallier partiellement ces fermetures, les branches famille et maladie ont mis en place durant cette période des rendez-vous téléphoniques.

Grâce à un important effort de rattrapage à compter du mois de juin, les Caf ont effectué 1,8 million de rendez-vous physiques ou téléphoniques en 2020, soit un niveau identique à ceux de 2019 et de 2018 ; 82,5 % des rendez-vous ont été proposés en moins de 7 jours, contre 64,5 % en 2019. En revanche, les CPAM n'ont pas retrouvé au second semestre 2020 l'activité de celui de 2019 ni, *a fortiori*, compensé la perte d'activité du premier semestre 2020. La fréquentation par jour des accueils dans les CPAM a ainsi baissé de près de 50 % en 2020 par rapport à 2019.

Dans les caisses de retraite, les rendez-vous de toute nature ont été divisés par plus de deux entre 2019 et 2020 (de 455 000 à 201 000) et les visites des assurés en agence par près de trois (de 299 000 à 104 000). En revanche, le réseau des Urssaf a effectué en 2020 plus de 98 000 rendez-vous (+16 % par rapport à 2019) dans le contexte d'une extension des missions du recouvrement²⁴⁰. Les rendez-vous téléphoniques (49 % en 2020) font presque jeu égal avec les rendez-vous physiques, alors que ces derniers étaient quasi-exclusifs en 2019 (90 %).

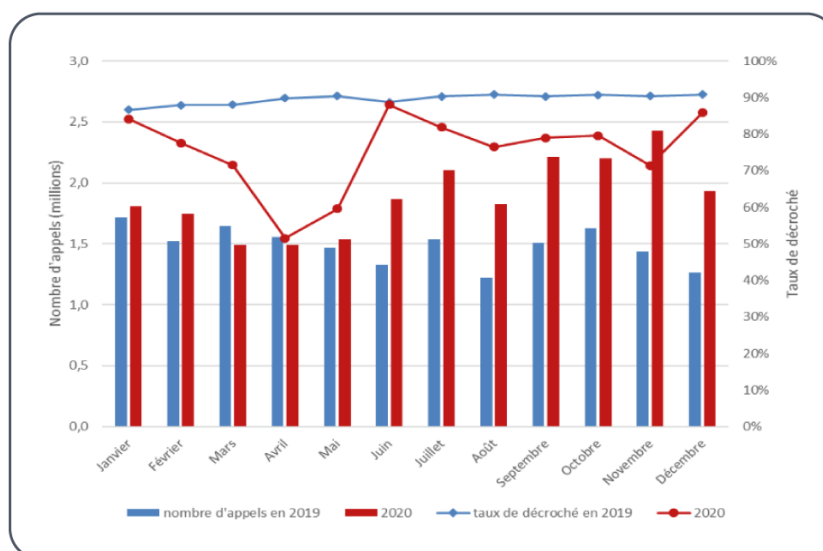
b) Une réponse téléphonique en recul pour les CAF et les CPAM

En 2020, l'assurance maladie a reçu plus de 27 millions d'appels, soit près de 30 % de plus qu'en 2019. Le taux de décroché de ses plateformes s'est effondré pendant le premier confinement (50 % des appels des assurés et 70 % de ceux des employeurs et des professionnels de santé en avril). Au second semestre, la forte hausse des appels a freiné

²⁴⁰ Voir Cour des comptes, « Le réseau des Urssaf : un élargissement continu des missions, de nombreux chantiers inaboutis », in *La sécurité sociale, rapport d'application sur les lois de financement de la sécurité sociale 2020*, octobre 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

le redressement du taux de décroché. En définitive, seuls 75,5 % des appels des assurés ont été traités en moyenne en 2020, contre 89,6 % en 2019, 79,2 % des appels des professionnels de santé contre 82,5 % en 2019, et 82,6 % des appels des employeurs contre 89,3 % en 2019.

Graphique n° 9 : volumes mensuels d'appels entrants et taux de décroché des plateformes de service des assurés - branche maladie



Source : Cour des comptes d'après les données de la Cnam. Note : les chiffres de mars 2020 comportent un biais : pendant environ une semaine, les appels à certaines plateformes n'ont pas été comptabilisés

Le nombre d'appels aux CAF, soit 29,2 millions, a faiblement augmenté en 2020 (+2 % par rapport à 2019). La part des appels traités a néanmoins baissé : sur l'ensemble de l'année 2020, elle s'est ainsi élevée à 74,7 %, contre 79,7 % en 2019 et 85,9 % en 2018.

Le nombre des appels téléphoniques à l'assurance retraite (5,8 millions en 2020) a baissé de 11,3 % par rapport à 2019 compte tenu de leur chute entre mars et juillet par rapport à la même période de l'année précédente. Dans ce contexte, 86,4 % des appels ont abouti en moyenne en 2020, contre 83,5 % en 2019.

Dans le contexte d'une réduction des appels d'employeurs de salariés (6,1 millions, soit - 8 % par rapport à 2019), la part des appels décrochés par les Urssaf a elle aussi augmenté : 88,4 %, contre 82,6 % en 2019. Le décroché des appels de travailleurs indépendants (2,4 millions) s'est lui aussi inscrit à un niveau élevé (90,9 % en moyenne annuelle).

c) Un report partiel vers les services numériques

Les usages des assurés se sont reportés vers le canal numérique. Ce transfert a été favorisé par des campagnes d'information visant à orienter au maximum les demandes vers les courriels et les comptes personnels.

Le nombre de courriels à traiter par l'assurance maladie est passé de 0,9 million en février à 1,7 million en avril, et a atteint 13,7 millions en cumul fin 2020 (+50 % par rapport à 2019). Par ailleurs, le nombre de connexions au compte Ameli personnel a augmenté de 25 % par rapport à 2019, pour atteindre 490 millions sur l'année 2020. Outre des campagnes d'information, cette évolution a été favorisée par la mise en place d'un *chatbot* et la proposition des services de ce site par le serveur vocal interactif des lignes téléphoniques de la Cnam. En outre, l'utilisation du téléservice « les délais de paiement de ma caisse », ouvert en 2018, a franchi le cap du million d'utilisateurs.

Le nombre de courriels adressé à la branche vieillesse a fortement augmenté, notamment à l'occasion du premier confinement (+24,4 % sur l'ensemble de l'année par rapport à 2019). De même, l'utilisation des services en ligne a progressé, ce qui a entraîné une hausse des courriels de réponse adressés aux assurés (+30,8 % en 2020 par rapport à 2019). Le réseau des Urssaf a lui aussi enregistré une forte augmentation des demandes par courriel, passées de près de 34 000 par mois au second semestre 2019 à près de 44 000 par mois en 2020.

Au contraire, la demande de contacts des allocataires auprès des CAF s'est peu reportée vers les courriels (6,8 millions reçus en 2020, contre 6,4 millions en 2019). Mais les envois dématérialisés ont représenté une part prépondérante de l'ensemble des pièces transmises (71 % contre 61,9 % en 2019).

d) La réitération des contacts et la hausse des réclamations

Malgré le report vers les services numériques, la fermeture des accueils physiques et la difficulté d'accès aux services téléphoniques ont suscité une augmentation de plus de 20 % des réitérations de contacts auprès des CPAM entre 2019 et 2020. Cette hausse a dépassé les 50 % entre mars et mai 2020 par comparaison avec les mêmes mois en 2019.

Les réclamations sont un indicateur important de la qualité du service perçue par les assurés et les cotisants voire, dans certaines circonstances, de dysfonctionnements des organismes de sécurité sociale.

Compte tenu de la fréquente difficulté à obtenir un échange, le nombre de réclamations a fortement augmenté dans les CAF : près de 1,2 million de réclamations leur ont été adressées en 2020, contre un peu moins de 0,9 million en 2019 et 0,4 million en 2018. Le nombre de réclamations des cotisants auprès des Urssaf a lui aussi augmenté, de près de 186 000 à plus de 257 000 en 2020 (+39 %) ; pour une part, cette évolution traduit l'extension du périmètre de leurs missions en 2020.

Dans l'assurance maladie, le nombre de réclamations n'a en revanche pas augmenté en 2020 par rapport à 2019, ce qui a permis le maintien d'un taux élevé de traitement dans les 10 jours (entre 93 % et 97 % selon les mois).

S'agissant de la branche vieillesse, les éléments de comparaison avec 2019 font défaut : c'est seulement depuis octobre 2019 que la Cnav suit le nombre de réclamations (25 180 en 2020).

II - Des missions à exercer pleinement dans le contexte d'une crise longue

La durée de la crise sanitaire souligne le besoin d'un accompagnement plus actif des personnes en difficulté ou malades, tandis qu'elle risque d'affaiblir durablement les missions essentielles de recouvrement des prélèvements et de contrôle des données déclarées par les cotisants et les bénéficiaires des prestations. Les organismes de sécurité sociale doivent adapter leurs modes d'intervention, trop globalisants et distants, à la diversité des situations des assurés et des cotisants.

A - Rendre plus efficace l'accompagnement individuel

1 - Passer du traitement de demandes à des actions proactives pour l'exercice des droits

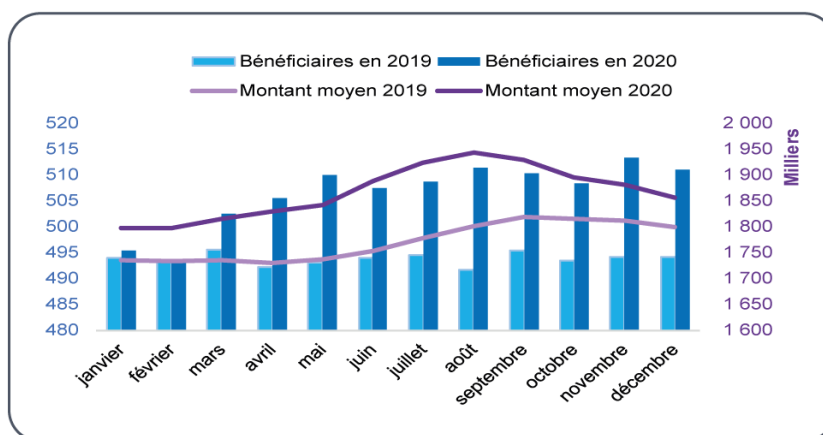
a) Une fonction d'amortisseur social renforcée par la crise

Aux côtés de Pôle emploi, les CAF jouent un rôle important pour atténuer les conséquences sociales de la crise sanitaire.

La réduction des possibilités d'emploi, notamment en contrat à durée déterminée pour certains secteurs d'activité, a entraîné une réduction des sorties entre mars et juillet puis, à partir de septembre, une hausse des demandes d'attribution du revenu de solidarité active (RSA). En 2020, les

CAF ont versé 12,1 Md€ au titre du RSA²⁴¹, financé par les départements ou l'État²⁴², soit + 8,8 % par rapport à 2019. Fin 2020 (voir graphique *infra*), selon des données encore provisoires, près de 2 millions de foyers étaient allocataires du RSA, contre 1,85 million fin 2019 (+7,6 %). En 2020, en moyenne annuelle, près de 4 millions de personnes²⁴³ ont été couvertes par le RSA, contre 3,8 millions en 2019 (+5,6 %).

Graphique n° 10 : nombre de bénéficiaires du RSA et montant moyen versé en 2019 et 2020



Source : Cnaf. Note : échelle de droite nombre en milliers des allocataires ; échelle de gauche, montant mensuel moyen versé aux allocataires

En outre, les CAF ont versé au printemps et à l'automne 2020 à quatre millions de foyers, pour un coût de 1,9 Md€ financé par l'État, des aides exceptionnelles aux bénéficiaires du RSA ou des aides au logement²⁴⁴. En août 2020, elles ont versé une allocation de rentrée scolaire majorée de 100 € par enfant ; près de 3 millions de foyers ont bénéficié de cette mesure, dont la branche famille supporte le coût, estimé à 521 M€²⁴⁵.

²⁴¹ Et, accessoirement, du revenu de solidarité pour les DOM.

²⁴² Lorsque le financement du RSA a été recentralisé (La Réunion, Guyane et Mayotte).

²⁴³ Selon la Drees, un foyer allocataire du RSA comprenait en moyenne 2,03 personnes en 2017.

²⁴⁴ En mai : une allocation de 150 € aux titulaires du RSA (ou du revenu de solidarité pour les DOM) ; une allocation de 100 € par enfant à charge de moins de 20 ans à ces mêmes titulaires et à ceux titulaires d'une aide au logement ; en juin : une aide de 200 € aux jeunes de moins de 25 ans, non étudiants et titulaires d'une aide au logement ; en novembre : les mêmes aides, ramenées à 150 € pour les jeunes et les étudiants et étendues à tous les étudiants titulaires d'une bourse sur critères sociaux.

²⁴⁵ Cf. chapitre X du présent rapport.

Par ailleurs, les organismes de sécurité sociale ont renforcé les aides individuelles relevant de l'action sociale, exemptes de prélèvements fiscaux et sociaux. En particulier, 1,2 million d'artisans et commerçants (et une partie des professions libérales non réglementées) ont bénéficié lors du premier confinement d'une aide de 1 250 € au plus, décidée par le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, versée par les Urssaf et financée par prélèvement sur les réserves de leur régime de retraite complémentaire, pour un coût total proche de 1 Md€. Les aides individuelles versées par les Caf, en diminution depuis plusieurs années auparavant, ont augmenté en 2020 (337 M€, contre 323 M€ en 2019).

b) Une priorité à donner à la lutte contre le non recours

Sauf exception, les prestations et aides sociales sont quérables, c'est-à-dire qu'elles doivent être demandées par leurs bénéficiaires. Les situations dans lesquelles elles sont attribuées automatiquement par les organismes de sécurité sociale, en fonction des informations qu'ils détiennent, sont peu nombreuses : certaines prestations familiales (complément familial et allocation de rentrée scolaire quand l'allocataire bénéficie déjà des allocations familiales) et les renouvellements de la complémentaire santé solidaire, sans limitation de durée pour les titulaires des prestations du minimum vieillesse (depuis 2016) et pendant toute la durée de versement du RSA pour ses titulaires (depuis 2019).

La crise sanitaire a conduit les organismes de sécurité sociale à mettre en œuvre des actions nouvelles visant à favoriser le recours aux droits : appels téléphoniques des CPAM à des personnes fragiles afin de vérifier leur accès aux soins (plus de 15 000 appels) et de personnes âgées par les caisses de retraite (60 000 appels ayant permis de corriger les dossiers de 6 000 d'entre elles) ; démarches conjointes de 63 CAF et CPAM auprès de personnes et familles accueillies dans des structures d'hébergement pendant le premier confinement.

En outre, les actions habituelles visant à favoriser le recours aux droits n'ont pas été interrompues en 2020. Il en va ainsi des courriers et courriels adressés par l'assurance maladie aux titulaires de minima sociaux (RSA, AAH et Asi) afin de promouvoir le recours à la complémentaire santé solidaire, à laquelle ils sont généralement éligibles. Toujours en 2020, 100 000 allocataires, sélectionnés par un modèle de forage de données (*datamining*) visant à couvrir le risque de non-recours, ont été contactés par les CAF afin de leur faire connaître leur droit potentiel à la prime d'activité ; un droit à cette prestation a été ouvert pour 7,5 % des allocataires en question. Les CAF ont également réalisé plus de

346 000 « rendez-vous des droits » avec des allocataires, qui ont débouché sur près de 72 000 ouvertures de droits (contre 305 000 et 82 000 en 2019).

En consacrant cette mission dans le droit positif²⁴⁶, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 appelle directement à un changement d'échelle des actions visant à rechercher les droits non exercés à des prestations ou à des aides, y compris en direction de personnes inconnues des organismes²⁴⁷. Trois évolutions pourraient en renforcer la portée à court terme : exploiter les données du dispositif de ressources mensuelles (DRM) mis en place pour calculer les aides au logement en fonction des revenus contemporains ; suivant les dispositions mêmes de la LFSS 2021, le traitement et l'échange entre organismes de sécurité sociale et avec les administrations de l'État de données nécessaires à l'identification des droits manquants ; une adaptation des supports de communication afin de rendre plus accessibles les informations de nature à susciter le recours.

2 - Poursuivre la prévention de la diffusion de l'épidémie de covid 19, en adaptant les modalités

À la suite du premier confinement, le Gouvernement a adopté la stratégie de prévention de la covid 19 préconisée par l'OMS : tester les personnes potentiellement infectées, détecter les personnes avec lesquelles les personnes testées positives ont été en contact (*contact tracing*) et isoler les personnes testées positives et celles dans l'attente de résultats. La loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire a confié à l'assurance maladie le second volet de cette stratégie.

L'assurance maladie s'est fortement investie dans cette nouvelle mission de santé publique qui, avec d'autres dispositifs qu'elle met en œuvre, comme l'indemnisation des arrêts de travail des personnes infectées, en attente du résultat d'un test, vulnérables ou ayant été en contact avec des personnes infectées, contribue à ralentir la progression de l'épidémie mesurée par le taux de reproduction du virus²⁴⁸. À ce jour, la

²⁴⁶ Nouvel article L. 261-1 du code de la sécurité sociale.

²⁴⁷ Des estimations anciennes et non actualisées situent le non-recours au RSA à plus d'un tiers de ses bénéficiaires potentiels (2011) ; pour la prime d'activité, il en représenterait plus du quart (2016). Le taux de non-recours à la complémentaire santé solidaire (CSS) serait quant à lui compris entre 40 % et 50 %, ou de près de 30 % quand on retranche les personnes couvertes par un contrat d'assurance.

²⁴⁸ La Cnam souligne que le nombre de reproduction du virus, naturellement proche de 3, n'a jamais excédé 1,5.

portée de ce ralentissement n'a cependant pas encore donné lieu à des estimations chiffrées.

La Cnam a mis en place un réseau de plateformes ouvertes en semaine et le weekend, départementales, puis régionales, organisées autour d'un système d'entraide et d'un pilotage de l'activité au niveau national. À partir de septembre 2020, elle leur a affecté d'importants moyens humains : alors qu'en juin, ils s'élevaient quotidiennement entre 600 et 2 500 équivalents temps plein (ETP), jusqu'à 12 000 ETP étaient mobilisés au plus fort de la deuxième vague de l'automne, grâce au recrutement de 3 500 agents en contrat à durée déterminée (pour un coût de 35,6 M€ en 2020), à des renforts externes (MSA, service social des Carsat...) et à des redéploiements internes aux CPAM et au service médical. Pour 2020, le *contact tracing* est à l'origine, selon la Cnam, de 42,5 M€ de dépenses supplémentaires (dont 36 M€ au titre de l'embauche de CDD) ; en 2021, il engendrerait 207,7 M€ de surcoûts (dont 187 M€ au titre de l'embauche de CDD et de CDI).

De la mi-mai à fin décembre 2020, l'assurance maladie a contacté près de 2,5 millions de personnes diagnostiquées positives au covid 19 et près de 5 millions de personnes cas contact, avec des taux de réussite respectifs de 95 %²⁴⁹ et de 90 % de moyenne. Cette activité s'est fortement accrue depuis lors : au 19 août 2021, l'assurance maladie avait appelé, en cumul, 6,3 millions de personnes infectées et 12,5 millions de personnes contact.

L'assurance maladie s'est attachée à améliorer l'efficacité du *Contact tracing* dans le contexte d'une épidémie évolutive, grâce notamment à la mise à disposition plus rapide des résultats des tests favorisée par une évolution de leurs modalités de tarification²⁵⁰.

Si le nombre de personnes diagnostiquées positives à contacter est resté inférieur à 1 400 par jour jusqu'à fin juillet, il a ensuite dépassé les 5 000 depuis fin août 2020, seuil au-delà duquel le conseil scientifique covid 19 estime que l'identification des contacts pourrait s'avérer problématique²⁵¹. L'activité de traçage a ainsi pu enregistrer de moindres performances au plus fort de la deuxième vague de l'épidémie, comme par exemple pendant la semaine du 23 au 29 octobre, où 85 % des patients

²⁴⁹ Dont 91 % dans les 24 heures suivant la confirmation du diagnostic.

²⁵⁰ Voir chapitre VII du présent rapport.

²⁵¹ Le conseil scientifique, dans son avis du 22 septembre 2020, avait relevé qu'« Avec plus de 10 000 cas par jour, le traçage manuel des contacts devient très difficile à effectuer de façon rapide et exhaustive ». Le 28 octobre 2020, il évaluait à 5 000 le nombre maximal de contaminations permettant de contrôler la circulation du virus.

positifs et 70 % des cas contacts ont pu être joints, contre 92 % et 87 % la semaine précédente. Par ailleurs, les personnes infectées appelées par l'assurance maladie déclarent un nombre réduit de cas contacts, vraisemblablement non exhaustif (depuis octobre 2020, entre 1,4 et 3 personnes non déjà connues comme contact selon les semaines, avec une tendance à la baisse depuis cet été).

Des adaptations du dispositif de *Contact tracing*

Depuis novembre 2020, l'assurance maladie adresse des SMS aux personnes positives identifiées, qui les renvoient vers un site internet les aidant à recenser leur cas contacts. L'entretien téléphonique intervient dans un second temps, ce qui permet de le raccourcir et de le rendre plus efficace.

Depuis le 21 janvier 2021, dans le contexte de l'apparition de variants plus contagieux, l'assurance maladie propose lors des entretiens téléphoniques aux personnes contact et prend en charge à 100 % une nouvelle prestation d'accompagnement à l'isolement, qui s'appuie sur des visites à domicile réalisées par des infirmiers libéraux. Début mai, près de 250 000 visites avaient été effectuées.

En outre, l'assurance maladie a adapté sa stratégie de traçage à l'émergence des variants du virus, par un second appel aux personnes contaminées par un variant et un accompagnement renforcé à l'isolement.

Enfin, à la suite d'une expérimentation à partir de fin mars 2021 dans deux départements (Côte-d'Or et Loire-Atlantique), l'assurance maladie a généralisé au 1^{er} juillet à l'ensemble des départements (sauf la Guyane) le *retrotracing*, qui vise à identifier les moments, les lieux, les événements à l'origine de la transmission du covid 19 et, ce faisant, les personnes co-exposées et pas uniquement celles que le patient 0 a gardées en mémoire.

Le *contact tracing* a donc nécessité de la part de l'assurance maladie une forte réactivité dans sa mise en place, une réorganisation en profondeur d'une partie de ses autres activités afin de dégager des ressources à lui consacrer et un constant effort d'adaptation à l'évolution de l'épidémie. Le niveau des moyens qui seront consacrés au cours des prochains mois au *contact tracing* dépend, notamment, de l'impact de la vaccination sur l'évolution des nouvelles infections.

B - Réarmer les dispositifs de contrôle

Alors qu'ils sont insuffisants en temps normal au regard de l'ampleur des risques d'erreurs et de fraudes²⁵², la crise sanitaire a conduit à réduire les contrôles sur place et, fréquemment, les contrôles sur pièces sur la situation des cotisants et des bénéficiaires de droits et de prestations.

Au cours du premier semestre 2020, l'application des règles sanitaires de distanciation sociale a limité les déplacements des inspecteurs du recouvrement et des contrôleurs des caisses de sécurité sociale et la réception de cotisants ou d'assurés dans les organismes sociaux. Les professionnels et les établissements de santé ont été dispensés de devoir justifier leurs facturations à l'assurance maladie. Les redéploiements vers la gestion courante des droits et des prestations ont réduit les ressources disponibles pour les contrôles sur pièces.

La réduction des contrôles intervenue en 2020 amoindrit leur portée préventive et curative. Une reprise rapide des contrôles apparaît nécessaire, ainsi que son extension à des périmètres élargis de contributeurs ou de bénéficiaires de la sécurité sociale.

1 - Une forte diminution des contrôles pratiqués par les Urssaf

Malgré la reprise au 1^{er} juin 2020 des actions de lutte contre le travail illégal (LCTI) et au 1^{er} septembre 2020 des contrôles comptables d'assiette à l'égard d'entreprises non fragilisées sur le plan économique, les actions de contrôle des Urssaf ont au total été divisées par deux en 2020 par rapport à 2019 (95 620 contre 182 268) et les montants des redressements en leur faveur ont baissé de plus d'un quart en 2020 par rapport à 2019 (1 095 M€ contre 1 484 M€).

La crise sanitaire s'est accompagnée d'un développement considérable de l'activité partielle²⁵³ et, ce faisant des risques d'abus ou de fraude qui lui sont liés. Le nombre de contrôles effectués par les Urssaf sur l'activité partielle demeure cependant limité fin 2020 (un peu plus de 600 contrôles spécifiques et moins d'un millier de contrôles dans le cadre

²⁵² « La lutte contre les fraudes aux prestations sociales : des progrès trop lents, un changement d'échelle indispensable », Communication de la Cour des comptes à la commission des affaires sociales du Sénat, septembre 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

²⁵³ Selon le service statistique du ministère du travail (Dares), durant le premier confinement du printemps 2020, 8,4 millions de personnes ont bénéficié du dispositif et près de 3 millions en novembre 2020 lors du deuxième confinement.

des actions de lutte contre le travail illégal). Dans ces conditions, les fraudes détectées restaient peu nombreuses : un peu plus d'une centaine de dossiers, avec un préjudice de 2,8 M€ au total. Une grande partie des actions de contrôle ciblant des situations de travail dissimulé n'étaient pas achevées fin 2020. Il y a lieu de noter que les Urssaf ont la faculté de contrôler jusqu'en 2023 les assiettes de prélèvements déclarées en 2020.

2 - Des contrôles par l'assurance maladie très limités

En 2020, les CPAM ont continué à gérer les signalements de partenaires administratifs, ainsi que certaines procédures contentieuses relatives aux contrôles débutés en 2019. S'agissant des professionnels de santé de ville, les actions nationales ou locales de contrôle contentieux se sont concentrées sur les préjudices financiers importants, les atteintes graves à l'image de l'assurance maladie et les nouveaux modes opératoires de fraudes graves. Dans le contexte de crise sanitaire, aucun nouveau contrôle des facturations des établissements public ou privé n'a en revanche été engagé. Ainsi, le montant des préjudices financiers détectés et stoppés par l'assurance maladie à la suite d'actions nationales ou locales de contrôle contentieux s'est réduit en 2020 à 127 M€, contre 287 M€ en 2019 (-56 %). Pour une grande part, ces résultats correspondent à des contrôles engagés avant la crise sanitaire et pour lesquels des indus ont été constatés en 2020.

S'agissant des professionnels de ville, une reprise plus affirmée des contrôles serait d'autant plus justifiée que l'assurance maladie les fait bénéficier d'un dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (Dipa) suscitée, pour l'essentiel, par la période du premier confinement. Le Dipa comporte lui-même des enjeux de régularité, qui justifient la prise en compte par l'assurance maladie de données provenant de tiers de confiance, et non des professionnels eux-mêmes, pour en calculer le montant définitif, comme elle en a désormais les moyens juridiques.

La compensation des pertes des professionnels conventionnés

Le Dipa s'applique aux périodes du 16 mars au 30 juin et du 15 octobre au 31 décembre 2020. Il consiste en une prise en charge par l'assurance maladie des charges fixes sur les honoraires perçus en moins en 2020 par rapport à 2019, de laquelle sont ôtées les aides perçues par ailleurs (indemnités journalières dérogatoires, allocations d'activité partielle et aides du fonds de solidarité). L'aide est plafonnée à 0,8 M€.

Entre le 30 avril et le 15 novembre, 202 000 professionnels ont émis des demandes d'indemnisation, soit 51 % de ceux potentiellement éligibles à l'aide, pour près de 1,7 Md€, dont 1,1 Md€ demandés à titre d'avance. En 2020, la Cnam a provisionné dans ses comptes 1,45 Md€, dans l'attente de la détermination définitive des montants dus.

Afin de calculer le montant définitif du Dipa, l'assurance maladie confirme vouloir prendre en compte non seulement les données d'honoraires facturés par les professionnels qu'elle détient, mais aussi celles relatives aux indemnités journalières dont elle assure le versement, les montants d'allocations d'activité partielle pris en charge par l'État et par l'Unédic et versés par l'Agence de services et de paiement et les aides du fonds de solidarité versées par le DGFIP.

Il convient qu'elle utilise effectivement ces trois dernières sources de données pour le calcul de l'ensemble des aides individuelles, comme le lui permet l'ordonnance n° 2020-1553 du 9 décembre 2020.

Une reprise progressive des contrôles des facturations des établissements de santé publics et privés, modulée en fonction des impacts de la crise sanitaire sur leur activité, se justifie également, en équité, par l'importance des concours supplémentaires financés par l'assurance maladie qui leur sont accordés (garantie de financement, compensation de surcoûts, prise en charge des coûts supplémentaires du Ségur de la santé).

3 - Des contrôles des versements des CAF à intensifier

En 2020, le nombre de contrôles sur place des CAF a diminué de 60 % par rapport à 2019. Entre 2019 et 2020, les indus sur les allocataires détectés par des contrôles sur pièces ou sur place se sont repliés de 906 M€ à 837 M€ (-6 %) et les rappels à leur égard de 304 M€ à 289 M€ (-5 %), face à des risques d'erreurs déclaratives qui, eux, ne se sont pas réduits.

Le montant des erreurs affectant les prestations du fait de données erronées déclarées par les allocataires – de manière involontaire ou à titre frauduleux - et non corrigées a continué à croître (4 Md€ en 2020, au titre des prestations versées en 2019, au lieu de 3,3 Md€ en 2019²⁵⁴). Un nombre accru de contrôles sur pièces ou sur place, selon des modalités adaptées pour ces derniers, est indispensable afin de contenir cette augmentation.

²⁵⁴ Ces erreurs sont pour l'essentiel des versements injustifiés de prestations, notamment celles financées par l'État (prime d'activité et aides au logement) et les départements (RSA). Elles sont évaluées de manière définitive 24 mois après le versement des prestations.

C - Normaliser progressivement le recouvrement social

Fin 2020, le recouvrement des prélèvements sociaux connaît une situation très dégradée. À ce stade, c'est l'application de mesures générales de report de paiement ou de tolérance à l'égard des retards de règlement qui explique cette situation. Afin de ne pas compromettre la viabilité économique des cotisants débiteurs et de limiter les pertes de créances des Urssaf, la définition de plans d'apurement adaptés aux possibilités de règlement de leurs dettes sociales apparaît nécessaire.

1 - Des mesures dérogatoires exceptionnelles

Les artisans, commerçants et professions libérales²⁵⁵ ont bénéficié d'un report intégral des prélèvements sociaux normalement exigibles entre mars et août 2020, soit l'équivalent d'un semestre entier de prélèvements. Afin de prévenir, au terme de ce report, un ressaut trop brutal des montants à régler au dernier quadrimestre 2020, le montant des appels de prélèvements sociaux provisionnels au titre de l'ensemble de l'année 2020 a été recalculé : sur simple instruction de l'administration, les Urssaf ont appelé de septembre à décembre les montants exigibles d'ici la fin de l'année sur la base de la moitié des derniers revenus professionnels connus (2019 ou à défaut 2018), déduction faite des sommes déjà appelées en janvier et février. Si les cotisants avaient la faculté de modifier cet échéancier, 80 % d'entre eux ont choisi de bénéficier de cette minoration.

Le deuxième confinement a conduit à suspendre d'office en novembre et en décembre 2020 les prélèvements automatisés de montants exigibles sur les comptes bancaires des mêmes travailleurs indépendants. À la différence du premier confinement, les prélèvements restaient exigibles et les cotisants ont été invités à les régler lorsqu'ils s'estimaient en mesure de le faire. Plus du quart des cotisants ont procédé à un règlement total ou partiel.

S'agissant des employeurs de salariés, le Gouvernement a décidé la suspension de l'ensemble des actions habituelles de recouvrement amiable et forcé des Urssaf, sauf exceptions (en cas de travail dissimulé notamment). Si les employeurs ont dû continuer à transmettre leur déclaration sociale nominative chaque mois, ils ont pu obtenir des reports de paiement sur simple déclaration de leur part, sauf opposition de l'Urssaf sous 48 heures, sans application de pénalités ou de majorations de retard. Ces reports ont porté non seulement sur la part patronale, mais aussi sur la part salariale des prélèvements sociaux précomptée sur les salaires.

²⁵⁵ Hors praticiens et auxiliaires médicaux et micro-entrepreneurs.

2 - Des dettes des cotisants atteignant des montants considérables

Au 31 décembre 2020, les impayés des employeurs du secteur privé sur les prélèvements exigibles en 2020 ont atteint 11,4 Md€ (à comparer à 2,3 Md€ fin 2019). Le taux de restes à recouvrer s'est ainsi établi à 4,5 %, contre 0,9 % fin 2019 et 1,3 % fin 2009, à la suite de la récession économique liée à la crise financière. Il a fortement baissé par rapport à son niveau maximal en mai (15,5 % en cumul), mais ne s'est pas réduit par la suite entre octobre et décembre 2020. Près de 41 % des 2 millions de comptes cotisants d'employeurs du secteur privé ont des restes à recouvrer.

Le calcul de ces restes à recouvrer tient compte des mesures d'exonération et d'aide au paiement des prélèvements sociaux instaurées en faveur des entreprises particulièrement affectées par la crise et compensées intégralement par le budget de l'État. Sans l'aide au paiement, le taux de restes à recouvrer aurait atteint 4,9 % (au lieu de 4,5 %) et près de 48 % des comptes cotisants auraient eu un reste à recouvrer (au lieu de 41 %). Les exonérations et aide relatives au deuxième confinement restaient pour l'essentiel à intervenir à partir de mars 2021.

S'agissant des artisans, commerçants et professions libérales²⁵⁶, sur 15,1 Md€ de prélèvements sociaux appelés en 2020, 6,2 Md€²⁵⁷ n'étaient pas encaissés par les Urssaf fin 2020. Fin 2020, le taux de restes à recouvrer atteignait ainsi 41,1 % des montants exigibles, contre 10,1 % fin 2019.

Des aides visant les entreprises les plus touchées par la crise

La loi de finances rectificative du 30 juillet 2020 a fait bénéficier les employeurs relevant de secteurs d'activité particulièrement affectés par les fermetures administratives de manière directe (hôtellerie, restauration, événementiel, sport, voyages, culture...) ou indirecte, d'exonérations de cotisations et de contributions patronales et d'une aide au paiement des cotisations et contributions patronales et salariales dues après exonérations.

²⁵⁶ Hors praticiens et auxiliaires médicaux et micro-entrepreneurs.

²⁵⁷ Ces 6,2 Md€ de restes à recouvrer fin 2020 ne représentent qu'une partie des sommes dues au titre de 2020. En effet, les montants de prélèvements sociaux appelés en 2020 sont très inférieurs à ceux qui auraient résulté des modalités normales de calcul en fonction du dernier revenu professionnel connu : ils correspondent à 6 mois seulement de prélèvements, compte tenu d'un calcul des montants exigibles sur la base de la moitié du dernier revenu annuel connu (2019 ou, à défaut, 2018), une minorité de cotisants modulant cependant à la hausse cette base de calcul (voir 1 - *supra*). En 2020, les Urssaf ont ainsi appelé 15,1 Md€ de prélèvements auprès des travailleurs indépendants (hors PAM et micro-entrepreneurs), contre 21,5 Md€ en 2019.

Fin août 2021, les employeurs de salariés avaient déclaré 4,7 Md€ d'exonérations et d'aides au paiement au titre de périodes d'emploi de l'année 2020 et 1,7 Md€ au titre de périodes de 2021.

Les travailleurs indépendants et artistes-auteurs des mêmes secteurs bénéficieront de réductions forfaitaires (selon les secteurs d'activité, 2 400 € pour le premier confinement et 600 € par mois d'éligibilité entre octobre 2020 et mars 2021 ou bien 1 800 € et 600 € pour novembre 2020, février 2021 et mars 2021).

Les dépréciations effectuées par l'Acoss, à la clôture des comptes de l'exercice 2020, sur les créances sur les employeurs de salariés et les travailleurs indépendants, afin de tenir compte des risques de non recouvrement, traduisent l'estimation d'une perte potentielle de l'ordre de 10 Md€ sur les prélèvements dus en 2020 et non encaissés en fin d'année.

Ces restes à recouvrer ne représentent toutefois qu'une partie des sommes dues au titre de 2020. En effet, le calcul des montants appelés entre septembre et décembre sur la base de la moitié des derniers revenus professionnels connus (voir *supra*) a différé en pratique au-delà de 2020 le règlement des montants non appelés entre mars et août. Sous réserve de versements qu'ils ont effectués de manière spontanée, la déclaration par les travailleurs indépendants de leurs revenus professionnels 2020 en mai-juin 2021 pourrait engendrer d'importantes régularisations à leur détriment, estimées à 3,5 Md€ par la commission des comptes de la sécurité sociale réunie en juin dernier.

3 - Une mécanique du recouvrement à relancer

En 2020, les Urssaf ont appliqué des mesures qui, tout en soutenant les acteurs économiques, ont, en grande partie, mis entre parenthèses, à l'exception des cas de travail dissimulé, la portée contraignante du recouvrement des prélèvements sociaux : possibilités générales de report du paiement des prélèvements lors de la période du premier confinement, par la suite modulées en fonction de la taille des entreprises et des secteurs et zones géographiques affectés par des décisions venant restreindre l'activité économique ; suspension générale des procédures normales de recouvrement amiable et forcé ; absence générale (sauf en cas de répression du travail dissimulé) de majorations de retard, en l'absence de règlement dans les délais des prélèvements dus ; pour les travailleurs indépendants, suspension générale de 6 mois d'échéance (de mars à août), puis des prélèvements automatisés (novembre et décembre).

Pour une partie des cotisants, ces mesures exceptionnelles de grande portée étaient indispensables à la pérennité de leur activité. Pour les autres, elles n'étaient pas forcément nécessaires au regard de leur trésorerie ou de l'évolution de leur activité. Certains cotisants, tout en ayant conservé pour l'essentiel leur capacité à honorer leurs obligations contributives, ont constitué des dettes à l'égard des Urssaf, qui amplifient les besoins d'emprunt des organismes sociaux.

Au cours de la première partie de l'année 2021, la plupart des employeurs de salariés ont pu continuer à reporter le paiement des prélèvements sociaux sur simple demande de leur part ; depuis les échéances du mois de septembre, les prélèvements sociaux sont à nouveau exigibles dans les conditions de droit commun pour l'ensemble des employeurs de salariés, à l'exception de ceux des collectivités ultra-marines dans lesquels la situation épidémique a conduit à restaurer des mesures de couvre-feu ou de confinement. Pour leur part, les travailleurs indépendants ont bénéficié de suspensions des prélèvements sur leurs comptes bancaires des montants appelés, soit d'office (secteurs les plus touchés par la crise sanitaire), soit à leur demande (autres secteurs) ; en dehors des collectivités ultra-marines, les prélèvements ont repris dans des conditions de droit commun depuis le mois de septembre 2021.

Depuis février 2021, des propositions de plans d'apurement au titre des sommes non réglées en 2020 sont adressées aux employeurs de salariés débiteurs. À compter de juillet, des propositions de plans d'apurement ont commencé à être adressés aux travailleurs indépendants, avec un dispositif très protecteur (possibilité d'étalement du paiement jusqu'à 36 mois, remise partielle de dette jusqu'à 900 € en fonction de la baisse du chiffre d'affaires lors du premier confinement, aide éventuelle du CPSTI).

Les échéanciers proposés aux employeurs débiteurs sont notamment fonction des périodes au cours desquelles ils ont constitué une dette²⁵⁸. Les éléments d'appréciation dont disposent les Urssaf sur la capacité des cotisants concernés à les honorer apparaissent limités : l'historique du compte cotisant, la nature du secteur d'activité, le montant des dettes au regard des sommes exigibles, l'éventualité d'une procédure collective et l'existence de dettes fiscales quand l'entreprise est en difficulté et que sa situation est suivie par la commission des chefs de services financiers.

Alors que l'apurement des dettes sociales nécessitera plusieurs années pour une partie des cotisants et que la mission interministérielle

²⁵⁸ Les envois les plus précoces concernent des cotisants dont la dette s'est constituée uniquement pendant la période du premier confinement ; les plus tardifs, qui interviendraient en juillet, ceux dont la dette s'est constituée sur toute l'année 2020.

« France recouvrement », créée en septembre 2019, a pour objet de piloter les travaux nécessaires au développement de nouvelles synergies et de coopérations entre les sphères fiscale et sociale et à la mutualisation, à cet effet, de certaines données, l'Acos et la DGFIP auraient vocation à engager un chantier juridique et informatique visant à permettre aux Urssaf d'exploiter en masse les données infra-annuelles relatives aux ventes déclarées par une grande partie des cotisants dans leurs déclarations mensuelles ou trimestrielles de TVA. Les Urssaf disposeraient ainsi au fil de l'eau d'éléments d'appréciation pertinents sur l'assiette économique servant à acquitter les prélèvements sociaux, notamment pour les entreprises qui effectuent des prestations de service et déclarent la TVA sur les encaissements (sauf option de leur part pour les ventes facturées).

L'enjeu d'une adaptation des actions de recouvrement à la situation économique des cotisants est d'autant plus vif que, dans l'attente de la proposition ou de l'exécution des plans d'apurement, les restes à recouvrer au titre de sommes dues pour les mois de mars 2020 et suivants et non réglées à fin 2020 demeurent considérables à la mi-septembre (6,6 Md€ pour les employeurs du secteur privé et 4,1 Md€ pour les travailleurs indépendants, avant impact de la déclaration des revenus professionnels 2020). De plus, d'importants montants de restes à recouvrer se sont constitués depuis le début de l'année 2021 au titre des prélèvements sociaux dus en 2021. S'agissant des employeurs du secteur privé, ils atteignent 4,9 Md€ au 5 septembre, soit un taux de restes à recouvrer de 2,5 %. Pour les travailleurs indépendants, 2,4 Md€ de nouvelles dettes se sont constituées entre janvier et août, soit 30,5 % de restes à recouvrer.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Avec l'épidémie de covid 19, les organismes de sécurité sociale font face à une crise inédite par sa nature, son ampleur et sa durée. Les Urssaf et l'assurance maladie sont les plus fortement affectées par le prolongement de la crise. Les Caf pourraient l'être également en fonction de l'évolution de la situation de l'emploi et de la précarité sociale.

La généralisation du télétravail dans des conditions difficiles, les redéploiements de moyens en direction d'activités prioritaires, les prolongations de droits sociaux en cours et les simplifications apportées à l'instruction des demandes de prestations ont permis d'assurer la continuité du service public de la sécurité sociale dans un contexte incertain et évolutif tout au long de l'année 2020.

L'expérience acquise montre toutefois l'importance de mieux préparer les organismes de sécurité sociale à des chocs exogènes ou endogènes de grande ampleur. La disponibilité de la réponse téléphonique constitue également un point de progrès²⁵⁹, alors que, souvent, les usagers âgés ou vulnérables n'ont pas accès à internet ou ne savent pas utiliser les services numériques proposés.

Depuis le second semestre 2020, les organismes de sécurité sociale sont confrontés aux difficultés suscitées par la prolongation de la crise. S'ils ont versé dans des délais généralement maîtrisés les prestations qui prennent en charge les frais de santé ou remplacent ou complètent les revenus d'activité (indemnités journalières, prestations familiales et de solidarité, retraites), leurs actions pour permettre un exercice effectif de leurs droits par tous les assurés ou allocataires sont encore trop limitées.

Les contrôles de toute nature sur la situation des cotisants et des professionnels et établissements de santé continuent à se situer à des niveaux nettement inférieurs à la période antérieure à la crise. Le paiement à bon droit de la compensation partielle des pertes d'activité subies par les professionnels de santé conventionnés du fait des confinements intervenus en 2020 devra en particulier faire l'objet d'une attention particulière de la part de l'assurance maladie.

Enfin, et surtout, la plus grande attention doit désormais être accordée à la normalisation du recouvrement des prélèvements sociaux. Les tolérances et reports accordés aux cotisants ont contribué à créer une

²⁵⁹ Voir Cour des comptes, « La relation de service des caisses de sécurité sociale avec les assurés à l'ère numérique : des transformations à amplifier », in RALFSS 2019, octobre 2019, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

créance sociale considérable, dont le recouvrement s'engage dans des conditions difficiles.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 14. améliorer les plans de continuité d'activité des organismes de sécurité sociale, en formalisant des référentiels de solutions activables et en déterminant a priori les moyens à même de garantir une généralisation immédiate du télétravail dans des situations majeures d'indisponibilité des locaux ou d'absentéisme (organismes nationaux du régime général de sécurité sociale) ;*
- 15. engager sans attendre des actions nouvelles, fondées notamment sur l'exploitation de données mutualisées entre les organismes de sécurité sociale ainsi qu'avec les administrations de l'État, nécessaires à l'exercice par l'ensemble des personnes éligibles de leurs droits sociaux, notamment pour le bénéfice de la complémentaire santé solidaire et des minima sociaux (organismes nationaux du régime général de sécurité sociale) ;*
- 16. reprendre à plus large échelle les contrôles des facturations des frais de santé faites par les professionnels et les établissements de santé à l'assurance maladie, ainsi que les contrôles des assiettes des prélèvements sociaux déclarées par les cotisants (Acos, Cnam) ;*
- 17. exploiter les données disponibles auprès de l'administration fiscale pour affiner les actions de recouvrement sur les cotisants (ministère chargé du budget, Acos) ;*
- 18. afin d'assurer le paiement à bon droit de l'indemnité pour perte d'activité des professionnels de santé conventionnés (Dipa), vérifier systématiquement la conformité des déclarations de ses bénéficiaires aux données des administrations ayant versé les concours financiers entrant dans le calcul de cette aide et mettre en recouvrement l'ensemble des indus constatés (ministère chargé de la sécurité sociale, Cnam).*

Chapitre V

La télésanté, des outils à mettre au service de la coordination des soins

PRÉSENTATION

La télésanté désigne l'ensemble des actes médicaux et paramédicaux réalisés à distance. Elle recouvre la télé médecine, définie par la loi en 2009, réalisée par les professionnels médicaux²⁶⁰, ainsi que le télésoin, ou pratique à distance des actes des auxiliaires médicaux et des pharmaciens, introduit dans la législation en 2019.

D'abord mises en œuvre dans un cadre essentiellement expérimental, les consultations à distance d'un médecin par un patient (les téléconsultations), sont depuis septembre 2018 remboursées par l'assurance maladie, de même que les sollicitations à distance d'un médecin expert par un confrère pour avis sur le dossier d'un patient (les téléexpertises) depuis février 2019.

Leurs usages sont néanmoins restés limités jusqu'à ce que la crise sanitaire causée par l'épidémie de covid 19 change largement la situation. Les confinements ont en effet donné à la téléconsultation un rôle essentiel dans la continuité des soins, avec un nombre d'actes passé de moins de 140 000 en 2019 à plus de 18 millions en 2020. La nécessité d'éviter une saturation des services hospitaliers a également fait apparaître, pour les patients atteints de la covid 19 et maintenus à domicile, l'utilité de leur surveillance à distance (la télésurveillance), qui n'est pour l'instant pas encore inscrite au remboursement de droit commun.

Ces faits nouveaux ont amené la Cour, qui s'était déjà penchée en 2017 sur la télé médecine²⁶¹, à constater le faible apport de la télésanté à l'organisation des soins avant la crise sanitaire (I). Pendant cette dernière, les besoins de continuité des soins et un assouplissement du cadre juridique ont favorisé l'essor de certains actes de télésanté, ce qui n'est pas sans certains risques (II). À la lumière de ces évolutions, de nombreux freins restent à lever pour que la télésanté contribue davantage à l'efficience du système de santé (III).

²⁶⁰ Les actes de télé médecine sont définis à l'article R. 6316-1 du code de la santé publique.

²⁶¹ Cour des comptes, « La télé médecine », in La sécurité sociale, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2017, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

I - Des atouts potentiels considérables, encore insuffisamment exploités

A - Une contribution attendue à l'efficacité des soins

1 - Des pratiques multiples

La télésanté met en relation des professionnels de santé entre eux ou avec des patients, par l'intermédiaire d'outils numériques permettant des échanges à distance. La téléconsultation peut être effectuée selon des modalités différentes : téléconsultations simples, entre le patient seul et un médecin, et téléconsultations accompagnées, le patient étant assisté d'un auxiliaire médical²⁶², par exemple un infirmier, pour prendre des mesures transmises au médecin à l'aide de dispositifs médicaux connectés comme des stéthoscopes ou des otoscopes. Les outils de vidéotransmission sont aussi mobilisés dans le cadre de la régulation médicale des services d'aide médicale urgente (Samu), la réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation étant un acte de télé médecine. Équivalent de la téléconsultation pour les auxiliaires médicaux et les pharmaciens, le télésoin a vu ses premiers actes autorisés pendant la crise sanitaire²⁶³ pour répondre à un besoin de continuité des soins.

La téléexpertise consiste dans la demande d'expertise d'un professionnel de santé à un professionnel médical²⁶⁴, notamment si cette expertise n'est pas disponible dans la zone géographique. Une plateforme numérique ou une messagerie sécurisée de santé permettent le partage de documents et le traçage de l'avis rendu par le médecin sollicité. La téléexpertise facilite l'organisation du temps médical, en permettant une réponse de l'expert requis à un moment postérieur à sa sollicitation.

²⁶² Les psychologues peuvent également accompagner la téléconsultation ; les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) prévoient aussi que le patient peut être accompagné par un professionnel de santé ou par un proche.

²⁶³ Ces actes ont été, de façon transitoire et à des fins de continuité des soins, autorisés et rendus pour la plupart éligibles au remboursement par l'assurance maladie au cours de la période d'urgence sanitaire du premier trimestre 2020, avant que le décret n°2021-707 du 3 juin 2021 relatif à la télésanté et l'arrêté du 3 juin 2021 définissant les activités de télésoin précisent les activités éligibles, leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge.

²⁶⁴ Le décret précité du 3 juin 2021 ouvre le recours à la téléexpertise aux auxiliaires médicaux et aux pharmaciens.

La télésurveillance permet l'interprétation à distance par un professionnel médical de données de santé du patient, en vue de décisions concernant sa prise en charge. Elle est aujourd'hui expérimentée, notamment dans le cadre prévu²⁶⁵ par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014, au bénéfice des patients atteints de diabète, d'insuffisance cardiaque, rénale ou respiratoire chronique ou porteurs de prothèses cardiaques implantables. La télésurveillance nécessite une organisation qui peut associer médecin traitant et spécialiste hospitalier, ainsi que des infirmiers pour s'assurer en particulier des remontées de données et filtrer les alertes transmises au médecin.

2 - Des solutions pour améliorer la coordination des soins

Si les pouvoirs publics ont initialement assigné à la télésanté un rôle d'amélioration de l'accès aux soins dans les zones à faible densité médicale, cet objectif est progressivement passé au second plan. En effet, pour que la prise en charge médicale soit de bonne qualité, les consultations à distance doivent être alternées avec des consultations physiques. La télésanté ne peut donc être à elle seule une solution à la faible densité médicale de certaines zones géographiques. Le plan d'égal accès aux soins de 2017 a prévu ainsi de recourir à la télé médecine dans les communes des territoires sans déficit global d'offre médicale et mobilise plutôt les aides à l'installation des médecins pour ceux qui souffrent d'un manque d'offre. Mais l'avenant 9 à la convention médicale, conclu le 30 juillet 2021 à la suite de la crise sanitaire, souligne à nouveau le rôle de la télésanté pour favoriser l'accès aux soins dans les zones peu dotées.

En ce qu'elle permet la communication des professionnels de santé entre eux et avec les patients, à distance et éventuellement de façon décalée dans le temps, la télésanté peut également améliorer l'organisation des soins. Elle a ainsi vocation à contribuer à la coordination entre les médecins traitants, les spécialistes et les auxiliaires médicaux autour du patient, au maintien, à la prise en charge et à l'hospitalisation à domicile. Elle doit concourir à la diminution de la durée des hospitalisations, en réalisant à distance les actes préparatoires, comme la consultation pré-anesthésique, et postérieurs à l'hospitalisation, comme la rééducation et le suivi post-opératoire. Elle peut donc contribuer à une prise en charge de meilleure qualité.

²⁶⁵ Expérimentations de télé médecine pour l'amélioration des parcours de santé, dites « Étapes ».

La télésanté peut aussi favoriser le décroisement de l'offre de soins, entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social, et ainsi être utile à la prise en charge des malades chroniques, qui nécessitent un suivi au long cours associant de nombreux professionnels. Elle peut éviter aux patients des transports et des hospitalisations et améliorer la qualité de leur suivi, par la télésurveillance ou par des téléconsultations intervenant entre deux rendez-vous de contrôle. Compte tenu de la hausse de la prévalence de ces maladies²⁶⁶, les enjeux sont significatifs. Le déploiement de la télésanté peut donc s'accompagner d'importants gains d'efficacité, déjà relevés par la Cour en 2017²⁶⁷, à condition qu'il aille de pair avec une réorganisation des soins par le moyen d'un renforcement de la coordination des professionnels de santé autour du patient.

3 - Des dispositifs de télésanté nombreux et mal coordonnés

Les Agences régionales de santé (ARS)²⁶⁸ ont développé des plateformes régionales de santé numérique, qui comprennent notamment des services de coordination des professionnels de santé, de partage de documents ou d'agendas et de gestion des dossiers numériques des patients. Ces plateformes peuvent inclure des outils de télémedecine. L'ambition portée par ces investissements régionaux est notamment de répondre au besoin d'interopérabilité des solutions techniques utilisées par les divers professionnels, par exemple pour la téléexpertise ou la téléconsultation accompagnée par un auxiliaire médical.

Cette offre de télémedecine régionale est cependant discutable à plusieurs titres. En raison d'un manque de coordination entre régions, le même éditeur peut facturer à différentes régions des coûts de développement de services similaires ; à l'inverse, des choix d'éditeurs différents par deux ARS limitrophes ne permettent pas d'usage entre professionnels et patients situés de part et d'autre de la frontière régionale. Par ailleurs, les systèmes de téléconsultation développés spécifiquement à la demande des ARS ne sont pas nécessairement la solution la plus efficace, en particulier pour les téléconsultations simples, pour lesquelles existe une offre abondante de produits standards sur le marché. Enfin, les plateformes régionales, construites parfois depuis plusieurs années, ne

²⁶⁶ 18 % des personnes affiliées au régime général étaient en affection de longue durée (ALD) en 2019 contre environ 14 % en 2008.

²⁶⁷ Cour des comptes, « La télémedecine », Ibid.

²⁶⁸ Les ARS s'appuient sur leurs groupements régionaux d'appui à la e-santé (Grades), créés en 2018 pour renforcer les capacités régionales techniques en matière de santé numérique.

s'inscrivent pas toujours dans la stratégie nationale du numérique en santé, réaffirmée en 2019, qui requiert l'interfaçage avec le dossier médical partagé et les messageries sécurisées de santé.

B - Une stratégie de développement lente, dont les objectifs n'ont pas été atteints

1 - Un échec quantitatif des expérimentations

La télémédecine a d'abord été déployée de façon expérimentale, dans le cadre du dispositif « Étapes » créé par la LFSS 2014, qui visait à préfigurer une organisation nationale de la télémédecine. Initialement organisées dans neuf régions, les expérimentations de téléconsultation et de téléexpertise ont d'abord ciblé des publics spécifiques : patients souffrant de plaies chroniques ou complexes, d'une affection de longue durée ou résidant dans des établissements médico-sociaux. En dépit de leur élargissement aux établissements de santé et à l'ensemble des régions en 2017, moins de 1 000 actes de télémédecine ont été facturés à l'assurance maladie jusqu'en novembre 2017, qui témoignent de l'échec quantitatif de cette expérience.

Les expérimentations de télésurveillance n'ont commencé qu'en 2018 et ont été prolongées jusqu'à fin 2021 par la LFSS 2018. Leur mise en œuvre a aussi connu des difficultés de déploiement. Si près de 100 000 patients en avaient bénéficié à la date de décembre 2020, 80 % d'entre eux environ étaient inscrits au titre d'une prothèse cardiaque implantable. Or, le suivi par télésurveillance existait déjà avant ces expérimentations, qui ont apporté aux médecins une rémunération pour un service qu'ils effectuaient jusqu'alors gratuitement. Le nombre de patients inclus pour les autres pathologies concernées est donc bien plus faible, de l'ordre de 20 000.

2 - Une croissance modeste des actes remboursés avant la crise sanitaire

Le manque de données recueillies dans le cadre des expérimentations n'a pas permis de réaliser les évaluations médico-économiques prévues. Pour autant, la LFSS 2018 a décidé la généralisation du remboursement des actes de téléconsultation et de téléexpertise, mettant fin aux expérimentations et renvoyant à la négociation conventionnelle entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins la fixation des tarifs de remboursement et les modalités de mise en œuvre de ces actes. L'avenant n° 6 à la convention médicale a ainsi prévu le remboursement des téléconsultations à compter de septembre 2018 et des téléexpertises à

compter de février 2019. Des avenants aux conventions des infirmiers et des pharmaciens ont prévu le remboursement des actes d'accompagnement du patient à la téléconsultation.

La prise en charge des téléconsultations a été conditionnée au respect du parcours de soins coordonné²⁶⁹ et à la connaissance préalable du patient par le professionnel de santé. Cela conduit à soustraire au remboursement les téléconsultations et les téléconseils dispensés par certaines plateformes commerciales opérant sur tout le territoire.

L'offre commerciale de télésanté

Des sociétés privées proposent aux patients et professionnels de santé des plateformes de télésanté, notamment de téléconsultation simple, selon deux modèles économiques : certaines plateformes sont de simples outils de téléconsultation, acquis par le médecin pour réaliser des téléconsultations avec ses patients ; d'autres emploient des médecins et offrent aux patients des possibilités de téléconsultations sur demande à tout moment. Des compagnies d'assurance et des mutuelles proposent régulièrement ces dernières prestations à leurs adhérents, et parfois disposent elles-mêmes de filiales portant les plateformes. Ces services, qui se sont déployés assez largement²⁷⁰, proposent des téléconsultations avec des médecins situés sur tout le territoire. Elles ne s'inscrivent pas dans des logiques d'organisation des soins territoriales.

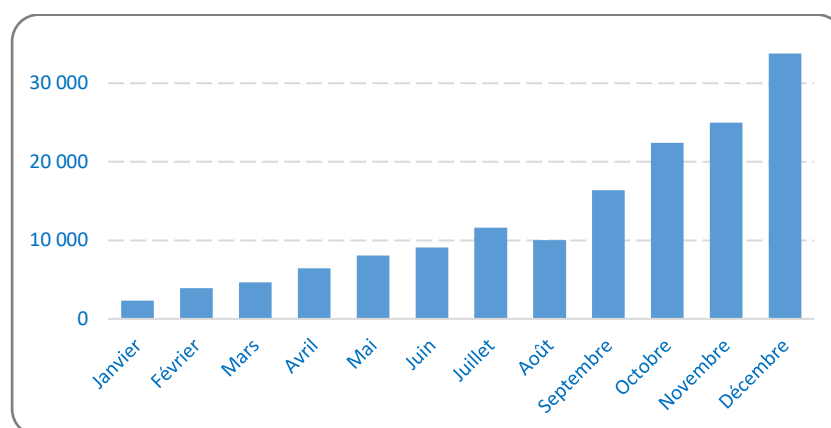
L'inscription des téléconsultations et des téléexpertises au remboursement de droit commun de l'assurance maladie a permis un premier essor des actes effectués dans le cadre du parcours de soins, en particulier des téléconsultations. En 2019, 153 609 téléconsultations et 2 790 téléexpertises ont ainsi été facturées, résultats toutefois très inférieurs à l'objectif de 500 000 actes fixé par l'État à la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) pour 2019. La dynamique²⁷¹ observée fin 2019 laisse néanmoins penser que l'objectif fixé pour 2020 (700 000 actes) aurait pu être atteint sans l'impulsion résultant de la crise sanitaire.

²⁶⁹ Dans une logique de qualité des prises en charge et d'efficience, ce parcours consiste à confier au médecin traitant la coordination des soins pour le suivi médical.

²⁷⁰ À titre d'exemple, le groupe Axa déclare 20 000 téléconsultations réalisées sur sa plateforme en 2018 et la société suédoise Livi en déclare plus de 20 000 entre septembre 2018 et août 2019.

²⁷¹ Environ 22 000 et 30 000 téléconsultations respectivement en novembre et décembre 2019 puis 40 000 en janvier 2020.

Graphique n° 11 : évolution mensuelle des téléconsultations en 2019



Source : Cour des comptes, d'après données du SNDS

3 - Des objectifs globalement non atteints

La télémédecine est restée jusqu'en 2019 une pratique très minoritaire, dépendant encore beaucoup de professionnels, d'établissements ou de régions pilotes. Moins d'un médecin sur vingt avait ainsi facturé des téléconsultations à l'assurance maladie en 2019 et les actes étaient très concentrés dans certaines régions : 40 % des téléconsultations remboursées entre 2017 et 2019 ont été réalisées en Île-de-France et 12 % en Occitanie.

De plus, les objectifs de couverture prioritaire de certaines catégories de patients n'ont pas été atteints. En particulier, les téléconsultations et téléexpertises dispensées au profit des personnes résidant en établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et dans les établissements du secteur du handicap se sont très faiblement développées. Plus de la moitié des Ehpad restaient ainsi en 2019 dépourvus d'accès à la télémédecine. L'insuffisante couverture par les réseaux internet à haut débit explique en partie les difficultés rencontrées dans les secteurs ruraux, mais le temps disponible des auxiliaires médicaux des établissements médico-sociaux pour accompagner les téléconsultations a également manqué.

Plus largement, entre 2017 et 2019, les patients de plus de 60 ans, surreprésentés dans la répartition par âge des consultations médicales et représentant 26 % de la population, n'ont bénéficié que de 19 % des téléconsultations. Les principaux bénéficiaires de ces dernières étaient

plutôt de jeunes adultes. Avant la désignation d'un chef de projet « télémédecine en milieu carcéral » au ministère de la justice en 2021, le développement de la télémédecine au profit des personnes détenues a été faible et très hétérogène selon les établissements pénitentiaires, alors que la télésanté a un rôle important à jouer pour améliorer l'accès aux soins et l'efficacité de la prise en charge des personnes détenues²⁷².

Si le faible nombre d'actes de télémédecine n'a pas pu modifier sensiblement l'accès aux soins dans les zones déficitaires en offre de soins, on constate néanmoins que la télémédecine y a été, entre 2017 et 2019, développée de façon préférentielle : la part des téléconsultations dans les zones d'intervention prioritaire²⁷³ a atteint 19 % des téléconsultations remboursées, soit quatre points de plus que la part qu'y représentaient l'ensemble des consultations.

Ainsi, la généralisation du remboursement des actes de téléconsultation et de téléexpertise a permis un démarrage de leur usage, mais encore très limité à la veille de la crise sanitaire.

II - Un essor de la télésanté à la faveur de la crise sanitaire

Depuis le premier trimestre 2020, la crise sanitaire a profondément modifié et développé les usages de la télésanté.

A - Le développement rapide de certains actes

1 - L'augmentation des téléconsultations et l'usage du télésoin dans un objectif de continuité des soins

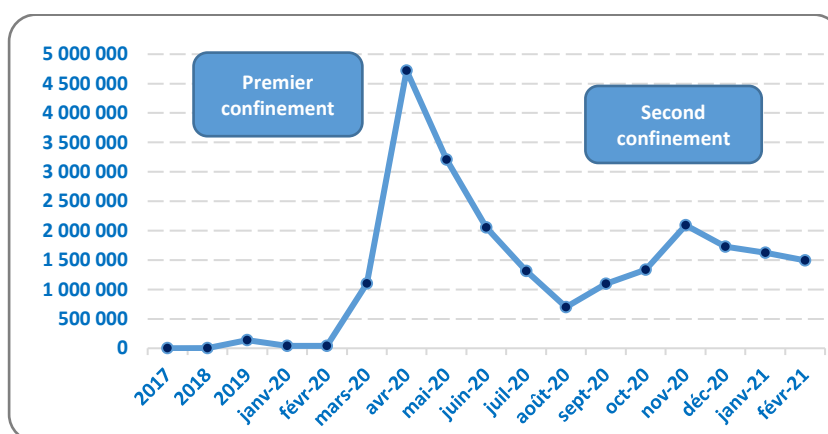
Le nombre de téléconsultations remboursées est passé de moins de 140 000 en 2019 à 18,4 millions d'actes en 2020. Le résultat obtenu est 26 fois supérieur à l'objectif fixé à la Cnam pour 2020 de 700 000 actes de télémédecine. L'objectif pour 2021 (1 million d'actes) a été dépassé dès

²⁷² Selon le ministère de la justice, les extractions de détenus pour raison médicale coûtent environ 50 M€ par an et une extraction de moins de vingt-quatre heures 459 € en moyenne.

²⁷³ Zones où le nombre de consultations accessibles par an par habitant est inférieur à 2,5 et qui sont éligibles aux aides de l'assurance maladie à l'installation et au maintien des médecins.

janvier 2021. Cette évolution a atténué la diminution du nombre de l'ensemble des consultations médicales (présentielles et à distance) entre janvier et avril 2020 (-29 %), alors que les consultations au cabinet ont diminué de 43 % durant cette période. Il existe une forte corrélation entre les périodes de confinement de 2020 et le nombre de téléconsultations. Le recours aux téléconsultations était moindre lors du second confinement, moins strict que le premier.

Graphique n° 12 : évolution du nombre de téléconsultations, 2017 - février 2021



Source : Cour des comptes, d'après données du SNDS

Cet essor a donné lieu à une modification du paysage des téléconsultations, acte devenu familier à une large part de la population. Les téléconsultations sont désormais mieux réparties sur l'ensemble du territoire. Hormis une légère sous-représentation de la Normandie, de la Bretagne et des Pays de la Loire, zones moins touchées par l'épidémie, la part des téléconsultations par région est désormais presque proportionnelle aux populations régionales. La répartition par âge des patients a aussi été rééquilibrée en 2020, avec un tiers de patients de 60 ans ou plus. Alors que les téléconsultations étaient plus fréquentes dans les zones à déficit d'offre de soins, cette caractéristique a disparu avec la crise sanitaire : 13 % de l'ensemble des téléconsultations y ont été réalisées en 2020 contre 15 % des consultations.

L'essor généralisé des téléconsultations sur l'ensemble du territoire et pour toute la population traduit avant tout l'utilité de ces actes pour assurer la continuité des soins en période de crise et éviter des contaminations grâce à une diminution des déplacements et des rendez-

vous en cabinet médical. Cette mobilisation des téléconsultations pour assurer la continuité des prises en charge pendant la crise sanitaire a été un phénomène généralisé en Europe.

L'usage des téléconsultations pendant la crise sanitaire en Europe

Fin 2020, 42 % des Britanniques et 55 % des Espagnols avaient eu recours à la télé médecine, soit une proportion nettement supérieure aux Français (21 %) ou aux Belges (20 % en avril-mai 2020), alors que la situation antérieure à la crise était comparable en France et en Espagne. En Pologne, 80 % des consultations se sont déroulées à distance pendant la première vague de l'épidémie, soit un niveau cinq fois supérieur à la France. En revanche, malgré son autorisation en Allemagne en 2015, la téléconsultation n'y avait pas connu d'essor notable avant 2020. La crise sanitaire a permis un développement modeste de son utilisation : fin 2020, seuls 10 % des Allemands y avaient eu recours au moins une fois dans leur vie.

Ce contexte a permis aux patients et aux professionnels de santé de s'accoutumer à la télésanté. L'absence de retour du nombre de téléconsultations au niveau d'avant-crise pendant des mois de déconfinement comme juin et juillet 2020 semble indiquer l'atteinte d'un plancher dans l'usage des téléconsultations.

Pour assurer la continuité des soins et à compter du mois de mars 2020, des mesures réglementaires ont autorisé la réalisation à distance d'actes et d'activités des pharmaciens et des auxiliaires médicaux. Ce fut notamment le cas pour de nombreux actes d'orthophonie, d'orthoptie, de masso-kinésithérapie, de psychomotricité, à l'exclusion des bilans initiaux et des renouvellements de bilans qui demeurent faits par ces professionnels en présence du patient.

2 - Un télésuivi et des plateformes de télésurveillance essentiels pour la gestion de la crise

La télésurveillance a aussi été mobilisée pour assurer le suivi à distance des patients atteints de la covid 19 ou susceptibles de l'être, dans le but d'améliorer la qualité de leur prise en charge médicale et de diminuer la pression exercée sur les services hospitaliers. En mars 2020 a été créé l'acte de télésuivi des patients atteints de la covid 19 et maintenus à domicile. Réalisé par des infirmiers, il peut être effectué par vidéotransmission ou téléphone, y compris en l'absence de connaissance préalable des patients. Il a représenté 75 000 actes remboursés entre mars et septembre 2020, surtout dans des territoires denses et urbains.

La télésurveillance médicale des patients atteints de la covid 19 a aussi été déployée dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire. Plusieurs hôpitaux ont ainsi mis en place un dispositif de suivi à distance des patients, en particulier ceux sortant d'hospitalisation. En Île-de-France, l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) a ainsi mis en place une plateforme de télésurveillance appelée Covidom.

La plateforme de télésurveillance médicale Covidom

L'AP-HP et l'union régionale des professionnels de santé médecins libéraux d'Île-de-France ont mis sur pied en mars 2020 une plateforme de télésurveillance de patients atteints de la covid 19 sans formes graves ou ceux susceptibles de l'être. Cette solution, dénommée Covidom, a été conçue pour désengorger les établissements de santé de façon sécurisée, en suivant à domicile les patients grâce à un système de surveillance de l'état de santé fondé sur des réponses à des questionnaires médicaux réguliers, traitées par un algorithme pouvant générer le cas échéant des alertes, transmises à un plateau de télésurveillance. Les opérateurs du plateau de télésurveillance peuvent appeler le patient pour vérifier son état, le rassurer ou déclencher une prise en charge médicale.

Le dispositif a suivi à distance jusqu'à 40 000 patients par jour lors de la première phase épidémique. La plateforme a par la suite été utilisée par l'ARS d'Île-de-France, dans le contexte de la stratégie de déconfinement, pour suivre l'isolement des malades et cas contacts détectés dans le cadre de la politique de traçage des contacts, portant le nombre total de patients suivis depuis son lancement à près d'1,2 million fin avril 2021.

Pour un groupe d'un peu plus de 6 000 patients suivis par Covidom et interrogés dans un sondage réalisé en juin 2020 par l'AP-HP, ce dispositif a permis de réduire le recours aux urgences ou au Samu²⁷⁴.

3 - D'autres modalités de la télémedecine insuffisamment mises à contribution

L'essor de la télésanté à l'occasion de la crise sanitaire, loin d'être général, est donc resté concentré sur des usages spécifiques : la téléconsultation et le télésoin à visée de continuité des soins d'une part et

²⁷⁴ Parmi les 6 187 patients ayant répondu, entre mars et juin 2020, 4 % se sont rendus aux urgences sur recommandation de leur médecin et 5 % de leur propre initiative, 5 % ont appelé le Samu sur recommandation médicale, et 8 % de leur propre initiative. À la question de savoir ce qu'ils auraient fait en l'absence de suivi par Covidom, 14 % des patients ont répondu qu'ils se seraient rendus aux urgences et 16 % qu'ils auraient appelé le Samu, soit un taux de recours nettement plus élevé (étude n'ayant pas fait l'objet de publication).

la télésurveillance des patients atteints de la covid 19 d'autre part. Les téléexpertises n'ont pas connu le même essor : seulement 17 676 actes ont été facturés en 2020.

Les téléconsultations accompagnées par des infirmiers ou des pharmaciens d'officine ne se sont pas non plus développées pendant la crise, bien qu'admises au remboursement en 2020. Les premiers n'ont réalisé que 54 469 actes en 2020²⁷⁵, soit 0,3 % des téléconsultations, dont seulement 8 000 actes pendant la première phase épidémique en mars-avril 2020 et les seconds 11 337 actes de janvier à septembre 2020. Ces résultats modestes s'expliquent notamment par la nécessité de mettre en place des articulations et des agendas partagés entre médecins consultants et auxiliaires médicaux. Les actes ont été concentrés dans une quinzaine de départements ruraux et à faible densité médicale²⁷⁶, ce qui témoigne toutefois de leur intérêt pour des publics nécessitant davantage d'accompagnement.

B - Un relâchement des contraintes en partie efficace mais porteur de risques

1 - Des mesures facilitatrices

Certaines mesures réglementaires rapidement prises par les pouvoirs publics pour faciliter le recours à la télésanté et les efforts de communication ont également contribué au développement des téléconsultations.

Alors que ces dernières doivent être réalisées par vidéotransmission pour ouvrir droit au remboursement, un décret a autorisé en avril 2020 le remboursement des téléconsultations par téléphone pour certains types de patients n'ayant pas accès à une connexion internet à haut ou très haut débit, ainsi que pour certains patients ne disposant pas d'un terminal permettant une vidéotransmission²⁷⁷ ; ces dérogations ont été prolongées jusqu'au 1^{er} juin 2021 avec des conditions plus strictes. Jusqu'au 2 mars 2021, les professionnels de santé ont aussi pu recourir à des outils numériques ne respectant pas la réglementation relative à l'hébergement des données de santé pour la prise en charge des patients atteints de la covid 19 ou susceptibles de l'être.

²⁷⁵ 7 479 au domicile du patient, 36 726 dans un lieu dédié et 10 264 lors d'un soin.

²⁷⁶ En particulier, l'Yonne (14 % des actes), la Haute-Marne (12 %) et la Manche (9 %).

²⁷⁷ Patients présentant les symptômes de l'infection ou étant reconnus atteints de la covid 19, âgés de plus de 70 ans, reconnus atteints d'une affection grave et patientes enceintes.

**La sécurité des systèmes d'information et la protection
des données personnelles de santé dans le cadre de la télésanté**

Les activités de télémedecine impliquent le traitement et stockage de données personnelles de santé (comptes rendus d'actes, ordonnances, dossier du patient soumis au médecin sollicité dans une téléexpertise, données de la télésurveillance).

Pour prévenir le risque de dispersion des données en raison d'une sécurité insuffisante de certaines solutions numériques et de la multiplicité des acteurs, le code de la santé publique fixe des règles de sécurité des systèmes d'information et de protection des données personnelles pour la télésanté. Les outils numériques doivent permettre l'authentification et l'identification des professionnels de santé, et respecter la réglementation en matière d'hébergement des données de santé à caractère personnel. Toutefois, la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé élaborée par l'Agence du numérique en santé (ANS) n'est pas opposable aux utilisateurs de systèmes d'information de santé ou du secteur médico-social, bien que la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé permette de rendre obligatoire par arrêté les référentiels techniques de l'ANS.

Les échanges et stockages de données sont soumis au règlement général sur la protection des données (RGPD), qui impose aux responsables de traitement la réalisation d'une étude d'impact du traitement des données sur la protection des données personnelles, ainsi que la tenue d'un registre des traitements de données effectués. Néanmoins, dans des organisations de télésanté associant plusieurs acteurs – médecins, professionnels paramédicaux, fournisseurs de solution technique – l'identification du responsable de traitement n'est pas aisée. Aujourd'hui, les professionnels de santé réalisant les actes sont considérés par la réglementation comme des responsables de traitement. Le rôle des fournisseurs de solutions techniques reste de ce point de vue à préciser. La définition et la publication d'une doctrine de répartition des responsabilités entre les acteurs est aujourd'hui nécessaire pour sécuriser les activités de télésanté.

Les mesures dérogatoires relatives aux outils numériques ont très probablement joué un rôle décisif pour permettre l'essor des téléconsultations. Un tiers des médecins ont utilisé leur téléphone uniquement avec le son pour réaliser ces actes et, s'agissant des moyens de vidéo-transmission, environ un tiers ont eu recours à des solutions de messagerie grand public non sécurisées²⁷⁸. En pratique, les solutions non

²⁷⁸ Étude de la société Odoxa pour l'ANS, janvier 2021.

ou partiellement sécurisées ont levé les obstacles découlant du manque de maturité des solutions numériques et de préparation des acteurs.

À compter du 20 mars 2020, l'ensemble des actes de téléconsultations ont, par ailleurs, été remboursés à 100 % par l'assurance maladie, au lieu de 70 % selon les conditions de droit commun qui s'appliquent notamment aux consultations physiques. Cette mesure, prorogée jusqu'au 31 décembre 2020, puis jusqu'au 31 décembre 2021 par la LFSS 2021, aurait incité les deux-tiers des médecins ne pratiquant pas la télémedecine à recourir aux téléconsultations²⁷⁹. La plupart des actes de téléssoin ont également été pris en charge à 100 %²⁸⁰. Justifiée par le délai nécessaire aux professionnels pour acquérir des solutions techniques permettant le paiement à distance du ticket modérateur par le patient, cette mesure ne doit pas perdurer, les actes de télémedecine n'ayant pas vocation à être remboursés à un niveau supérieur à leurs équivalents réalisés au cabinet des professionnels ou au domicile des patients.

2 - Un assouplissement en cours de l'organisation territoriale des téléconsultations

Dès le 9 mars 2020, un décret a permis de déroger au respect du parcours de soins coordonné et à la connaissance préalable du médecin pour les patients présentant les symptômes de l'infection ou reconnus atteints de la covid 19. Ces mesures ont été depuis lors reconduites jusqu'à l'été 2021. Depuis lors, l'avenant 9 à la convention médicale, conclu le 30 juillet 2021 entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins, prévoit d'assouplir de façon pérenne le cadre conventionnel des téléconsultations et de soutenir leur essor au-delà de la crise sanitaire. Cet avenant prévoit notamment d'atténuer le principe de territorialité du recours à la téléconsultation dans certaines zones, caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins²⁸¹.

L'effet de ces assouplissements méritera d'être observé de manière attentive dès les premiers mois de leur mise en œuvre pour vérifier qu'ils servent effectivement l'objectif recherché de facilitation de l'accès aux soins.

²⁷⁹ Étude de la société Odoxa pour l'ANS, janvier 2021.

²⁸⁰ À l'exception de ceux dispensés par les psychomotriciens, les diététiciens et les ergothérapeutes.

²⁸¹ Zones prévues par l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, parfois qualifiées de zones sous-denses en offre de soins, voire de « déserts médicaux ».

Avenant n° 9 à la convention médicale et téléconsultations

Sous réserve de quelques exceptions, l'avenant n° 6 a encadré strictement le recours à la téléconsultation, selon deux principes : celui de respect du parcours de soins et celui de connaissance préalable du patient par le médecin. Les patients doivent ainsi être orientés par leur médecin traitant s'il ne réalise pas la téléconsultation. Le médecin téléconsultant doit avoir vu les patients en cabinet dans les 12 mois précédents. En l'absence de médecin traitant, la téléconsultation doit être réalisée par une organisation territoriale dite « coordonnée »²⁸². L'objectif poursuivi est que les téléconsultations ne créent pas un système de soins parallèle, détaché de tout parcours de soins ancré dans un territoire.

Toutefois, le nouvel avenant 9 à la convention médicale assouplit le principe de parcours de soins pour les patients des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins :

- pour les téléconsultations de médecine générale, en l'absence d'organisation territoriale coordonnée, les patients qui n'ont pas de médecin traitant désigné pourraient recourir à des professionnels médicaux exerçant hors du territoire du patient ;

- pour les téléconsultations d'autres spécialités, les patients pourraient également recourir à des professionnels hors territoire en l'absence d'organisation territoriale coordonnée, qu'ils aient ou non un médecin traitant désigné ;

- en cas d'échec d'une prise de rendez-vous sur le territoire, un patient orienté par le régulateur du service d'accès aux soins pourrait également déroger au principe de territorialité des téléconsultations.

Parmi ses autres principales clauses, cet avenant prévoit aussi de supprimer pour l'ensemble des patients le principe de connaissance préalable en levant l'obligation d'au moins une consultation présenteielle avec le même médecin dans les douze mois précédent une téléconsultation. Il fixe également un seuil maximal d'activité de télé médecine correspondant à 20 % de l'activité du médecin.

²⁸² Il peut s'agir des maisons de santé pluriprofessionnelles, de centres de santé, d'équipes de soins primaires, de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), ou d'autres organisations de médecins validées par les instances paritaires conventionnelles. L'objectif était que les patients soient orientés vers un médecin susceptible de devenir leur médecin traitant et qu'ils puissent bénéficier de consultations en cabinet médical.

3 - Des effets d'aubaine non maîtrisés

L'essor des téléconsultations et les dérogations adoptées pendant la crise ont créé des effets d'aubaine, le système d'information de la Cnam ne permettant pas d'identifier automatiquement les patients atteints de la covid 19 ou susceptibles de l'être, ni de s'assurer de l'éligibilité du patient au recours dérogatoire au téléphone. Certains professionnels de santé ont ainsi facturé des conseils médicaux. Selon un sondage commandé par l'ANS²⁸³, la proportion de téléconsultations réalisées avec des patients âgés « *qui avaient une question* » est passé de 20 % en octobre 2019 à 34 % en novembre 2020. Selon une autre étude, réalisée par la société Doctolib en avril 2020, 57 % des professionnels utilisant sa solution numérique ont indiqué qu'après l'épidémie, la téléconsultation leur permettrait d'être rémunérés pour les informations et conseils donnés auparavant aux patients par SMS, email ou téléphone, c'est-à-dire sans honoraire ni remboursement par l'assurance maladie.

Or, la facturation de ces actes est contraire aux dispositions du code de la santé publique. Les professionnels de santé ne peuvent exiger le paiement d'une prestation qui ne correspond pas directement à une prestation de soins²⁸⁴ ; le simple avis ou conseil dispensé à un patient par téléphone ou par correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire²⁸⁵.

Les actions de contrôle de la Cnam doivent prendre en compte les risques associés à la télésanté de non-respect des règles définies par le cadre conventionnel d'autant que la prise en charge à 100 % des téléconsultations et du télésoin facilite la facturation d'actes fictifs. Certains points, que le système d'information de la Cnam ne permet de contrôler automatiquement, comme le téléconseil ou le respect du parcours de soins, devraient faire l'objet d'une attention particulière. La Cnam a indiqué élaborer en 2021 un plan de contrôle en prévision des vérifications à inclure dans le futur cadre conventionnel.

²⁸³ Études de la société Odoxa pour l'ANS.

²⁸⁴ Article L. 1111-3-4 du code de la santé publique

²⁸⁵ Article R. 4127-53 du code de la santé publique.

III - Mettre la télésanté au service d'un meilleur fonctionnement du système de soins

La télésanté devrait être mise au service de la coordination des professionnels de santé, pour contribuer à l'amélioration de l'organisation du système de soins et au décloisonnement des secteurs hospitaliers, de ville et médico-social. Or, elle n'est définie aujourd'hui dans le code de la santé publique que comme un ensemble d'actes. Son financement, fondé sur la rémunération d'actes, reflète cette conception. Sa contribution à la transformation du système de santé nécessite de nouvelles organisations appelant des mécanismes de tarification adaptés.

A - Lever les freins organisationnels au déploiement de la télésanté

1 - Un rôle insuffisant des acteurs territoriaux

La mise en œuvre de la télésanté nécessite des changements organisationnels importants, qui constituent aujourd'hui encore des freins à son déploiement. De ce point de vue, les structures d'exercice coordonné²⁸⁶, dans le cadre de leur projet de santé, ont vocation à utiliser la télésanté. Or, ces organisations jouent un rôle limité : les CPTS sont encore peu nombreuses²⁸⁷ et ont développé peu de projets de télésanté. Enfin, des organisations coordonnées territoriales doivent, selon la convention médicale, organiser les téléconsultations des patients n'ayant pas de médecin traitant, mais, en septembre 2020, seules 23 organisations étaient référencées comme proposant des téléconsultations.

La télésanté doit aussi être prise en compte dans l'offre de soins hospitalière, en particulier par les projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire. Les hôpitaux de proximité se sont ainsi vu attribuer par la stratégie Ma Santé 2022 un objectif de développement de la télémédecine au moyen de coopérations avec les professionnels libéraux et grâce à des équipements dédiés.

²⁸⁶ Les CPTS, équipes de soins, maisons de santé pluriprofessionnelles et centres de santé.

²⁸⁷ Début 2021, alors que l'objectif fixé est la création de 1 000 CPTS en 2022, seuls 111 contrats ACI-CPTS étaient signés.

2 - Un accompagnement et une formation à renforcer

Les ARS mobilisent le fonds d'intervention régional pour financer des projets de télésanté, mais ces dépenses sont aujourd'hui essentiellement consacrées à des aides à l'équipement des structures et à l'acquisition d'outils numériques : seuls 20 % des 28 M€²⁸⁸ dépensés en 2017 et 11 % des 27 M€ dépensés en 2018 étaient dédiés à des prestations d'accompagnement, qui semblent pourtant indispensables à l'amélioration de la coordination des soins.

La politique d'accompagnement global du développement de la télémédecine est encore au stade de la définition. Le ministère chargé de la santé, l'HAS et l'École des hautes études en santé publique ont conçu un programme de formation destiné aux équipes de soins primaires, appelé « Pacte soins primaires », qui comporte un volet consacré à la télémédecine en ville. L'objectif est d'aider les promoteurs d'un projet de télémédecine dans une unité de soin à en déterminer l'opportunité, à organiser son élaboration, sa mise en œuvre et son suivi, et à accompagner l'évolution des pratiques. Son déploiement, débuté en septembre 2020, a été interrompu par la seconde vague de la crise sanitaire. Des travaux sont en cours avec l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux pour étendre ce programme à ces derniers. L'aboutissement de ces projets, leur déploiement effectif et, concernant les établissements de santé, leur articulation avec les projets médicaux partagés des GHT, apparaissent essentiels pour le développement des activités de télésanté en ville et en établissements.

Cette politique d'accompagnement doit de plus être articulée avec les aides à l'équipement des professionnels et des structures. Ces dernières, octroyées par les ARS et par l'assurance maladie apparaissent insuffisamment adaptées : les financements accordés par les ARS ne font pas l'objet d'un suivi permettant de connaître leurs destinataires et les aides des caisses primaires d'assurance maladie financent indifféremment l'équipement des cabinets médicaux ou paramédicaux, quels que soient les publics ou les zones concernés.

La formation des professionnels de santé à l'élaboration de projets de télésanté doit également être renforcée, prioritairement dans une logique interprofessionnelle, afin de favoriser le décloisonnement des pratiques. Identifiée notamment par la HAS comme un prérequis au développement

²⁸⁸ Ce montant exclut les dépenses des ARS consacrées aux expérimentations « Étapes », financées par une enveloppe spécifique du fonds d'intervention régional.

de la télésanté, la formation était quasi inexistante avant la crise sanitaire, alors même qu'elle fait l'objet d'obligations spécifiques²⁸⁹. Cette carence concerne principalement le développement professionnel continu des professionnels de santé : si la télé médecine en est depuis 2019 une orientation prioritaire, moins de 1 % des médecins et 0,1 % des auxiliaires de santé ont été formés à la télésanté de 2017 à 2020, faute d'une priorisation suffisante des actions financées par l'Agence nationale du développement professionnel continu, déjà relevée par la Cour²⁹⁰.

Parallèlement, le Fonds d'assurance formation de la profession médicale a financé en 2019 des formations dans le domaine de la télé médecine mais celles-ci sont limitées aux questions informatiques et d'organisation personnelle des médecins ; en 2020, il n'a financé aucune action spécifique dans le domaine de la télésanté. Enfin, la télésanté ne constitue ni une action de formation nationale, ni un axe prioritaire de formation des orientations prioritaires annuelles pour le développement des compétences des personnels des établissements relevant de la fonction publique hospitalière, même si elle en est l'une des orientations depuis 2018.

3 - Une nécessaire amélioration des outils numériques de télésanté

La télésanté rencontre aujourd'hui des obstacles d'ordre technique, liés aux difficultés d'interopérabilité des outils numériques utilisés, freins puissants à la coordination des acteurs du soin. Ces difficultés concernent la réalisation des actes de télésanté eux-mêmes, lorsque le logiciel de traitement des données issues des appareils de mesure connectés utilisés par les infirmiers pour une téléconsultation assistée n'est pas interopérable avec le logiciel de téléconsultation utilisé par le médecin, ou encore lorsque les professionnels de santé impliqués dans une téléexpertise utilisent deux outils différents non interopérables. Ces obstacles concernent aussi la connexion entre les outils de télésanté et les logiciels utilisés par les professionnels et établissements, dossiers numériques des patients, logiciels de gestion de cabinet ou encore dossier médical partagé.

Face à cet enjeu, l'ANS a élaboré un cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé, qui regroupe un ensemble de normes à respecter par les différents outils numériques. Ce cadre comporte deux volets relatifs à la télésanté, concernant la mise en forme des comptes

²⁸⁹ L'article R. 6316-9 du code de la santé publique prévoit que les professionnels de santé disposent de la formation et des compétences techniques requises pour l'utilisation des dispositifs de télé médecine.

²⁹⁰ Cour des comptes, *L'Agence nationale du développement professionnel continu*, 2019, pp. 75-79, La Documentation française.

rendus d'actes et la sollicitation d'une téléconsultation accompagnée ou d'une téléexpertise. Il gagnerait à couvrir aussi la connexion entre les dispositifs médicaux connectés et les outils de téléconsultation ou de télésurveillance. Pas plus que la politique générale de sécurité des systèmes d'information en santé, ce cadre d'interopérabilité n'a encore été rendu contraignant. L'opposabilité de ces référentiels techniques est pourtant un préalable à la mise à disposition des outils de télésanté dans l'espace numérique de santé et le bouquet de services aux professionnels, qui fourniront les services de santé numérique respectivement aux patients et aux professionnels de santé.

B - Adapter le cadre financier pour servir l'objectif de coordination des soins

Afin de contribuer à la mise en place des organisations de coordination des soins nécessaires, de nouveaux modes de financement doivent compléter l'actuel système de financement des actes.

1 - Des dépenses appelées à augmenter

Jusqu'en 2019, les dépenses publiques de télésanté étaient faibles et essentiellement engagées par les ARS sur les crédits du fonds d'intervention régional : 29 M€ en 2017, 35 M€ en 2018 et 33 M€ en 2019, dont respectivement 1 M€, 7 M€ et 6 M€ au titre des expérimentations « Étapes ». À ces montants s'ajoutent les remboursements d'actes de téléconsultation et de téléexpertise par l'assurance maladie²⁹¹, négligeables en 2017, de 0,1 M€ en 2018 et de 3 M€ en 2019²⁹², et les dépenses d'aide à l'équipement des cabinets médicaux et centres de santé²⁹³ pour 6 M€ versés en 2020 au titre de 2019.

²⁹¹ Ces remboursements concernent les actes de téléconsultation et de téléexpertise à compter de la signature de l'avenant n°6 à la convention médicale, mais aussi, auparavant, les actes de téléconsultation pour les patients entrant en Ehpad et de téléexpertise pour les résidents en Ehpad, introduits par l'avenant n° 2 à cette même convention, signé en 2017.

²⁹² De façon plus spécifique, les actes de dépistage de la rétinopathie diabétique par les ophtalmologues et les orthoptistes, consistant en un examen à distance par l'ophtalmologue de la rétinographie réalisée par l'orthoptiste, et le forfait de dialyse péritonéale à domicile ont donné lieu respectivement à 1 M€ entre 2017 et 2019 et 24 M€ de dépenses entre 2017 et 2020.

²⁹³ À partir de 2019, le forfait structure des cabinets de médecins libéraux et des centres de santé inclut des indicateurs pour les outils de vidéotransmission et les outils connectés.

Tableau n° 24 : dépenses relatives aux actes de téléconsultation, téléexpertise et télésurveillance de 2017 à 2020 (en milliers d'euros)

	Téléconsultations	Téléexpertises	Expérimentations Étapes de télésurveillance
2017	27	5	1
2018	147	20	1 181
2019	2 968	46	7 616
2020	473 733	303	14 109
Total	476 875	374	22 908

Source : système national des données de santé (SNDS), calculs de la Cnam (années 2017 à 2019) et de la Cour des comptes (année 2020), données en date de remboursement, France entière

Ces dépenses sont appelées à croître, du fait de la forte augmentation des usages amorcée depuis le début de la crise sanitaire ainsi que des perspectives d'inscription de nouveaux actes au remboursement par l'assurance maladie. Ainsi, dès 2020, les dépenses de téléconsultations ont connu une très forte augmentation, atteignant 474 M€. Les équipements de télésanté acquis en 2020 par les cabinets médicaux, centres de santé, pharmacies et cabinets infirmiers devraient donner lieu en 2021 à des dépenses importantes²⁹⁴, dont le montant n'est pas encore connu.

Avec le développement des usages, les dépenses de remboursement d'actes d'accompagnement à la téléconsultation pourraient également augmenter²⁹⁵. La future inscription au remboursement des actes de télésoin devrait aussi donner lieu à de nouvelles dépenses, dont les montants sont aujourd'hui difficiles à anticiper : si ces actes ont été pris en charge par anticipation, à titre transitoire, pendant la crise sanitaire, les montants remboursés ne sont pas connus, car, faute de lettre-clé spécifique, ils ne peuvent être distingués des actes équivalents réalisés en présence conjointe du professionnel et du patient. Seul le télésuivi infirmier des patients atteints de la covid 19 a été tracé : il a donné lieu à 0,8 M€ de dépenses en 2020.

Enfin, l'inscription au remboursement de la télésurveillance est prévue comme un objectif des conclusions du Ségur de la santé et représente

²⁹⁴ Au titre du forfait-structure des médecins libéraux et des centres de santé, de la participation forfaitaire à l'équipement des pharmaciens prévue par l'avenant n° 15 à la convention des pharmaciens d'officine et du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet professionnel des infirmiers, prévu par l'avenant n° 6 à la convention des infirmiers.

²⁹⁵ L'accompagnement par les infirmiers n'a représenté que 0,5 M€ en 2020.

un important facteur potentiel de hausse des dépenses à compter de 2022, à l'issue des expérimentations « Étapes » dont la fin est prévue pour fin 2021. L'acceptation au remboursement de dispositifs médicaux connectés utilisés pour la télésurveillance est une autre source potentielle de coût pour l'assurance maladie. Un premier dispositif de télésurveillance consistant en un simple logiciel²⁹⁶, utilisé pour la télésurveillance des patients atteints du cancer du poumon, a ainsi été inscrit au remboursement en 2020.

Si certaines de ces dépenses n'induisent pas de coût net pour l'assurance maladie, du fait d'effets de substitution²⁹⁷, des risques de surcoût sont néanmoins possibles. Les coûts associés à la télésurveillance, par exemple, sont aujourd'hui difficiles à prévoir car ils dépendront du déploiement concret de cette activité, alors que les gains d'efficience associés sont incertains car conditionnés à des changements organisationnels. Ils doivent donc être favorisés par des modèles financiers qui soutiennent de tels changements.

2 - La nécessité d'un modèle de financement complémentaire au financement à l'acte

Le modèle de financement des téléconsultations et téléexpertises adopté par l'avenant n° 6 à la convention entre les médecins libéraux et l'assurance maladie repose sur le remboursement des actes. Le tarif de la téléconsultation est ainsi identique à celui de la consultation physique quelle que soit la spécialité, avec une possibilité de dépassements d'honoraires et une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de 70 % du tarif (hors période de crise). L'avenant n° 9 à la convention médicale a simplifié les tarifs prévu pour les téléexpertises par l'avenant 6 en retenant désormais des tarifs uniques²⁹⁸ de 20 € pour les médecins requis et de 10 € pour les requérants, assortis d'un plafond de quatre téléexpertises par an et par patient.

En établissement de santé, les actes de télé médecine pour des patients hospitalisés ne sont pas directement facturables à l'assurance maladie lorsque le financement du séjour hospitalier inclut les honoraires

²⁹⁶ Les patients remplissent des questionnaires sur leur état de santé, dont les réponses sont traitées par un algorithme qui génère des alertes transmises aux professionnels de santé.

²⁹⁷ Les dépenses de téléconsultations de 2020 ne compensent pas la forte diminution des dépenses de consultations induites par la crise sanitaire.

²⁹⁸ Cet avenant pérennise l'ouverture des téléexpertises à l'ensemble des patients qui avait été décidée pendant la crise sanitaire.

des médecins (tarifs de séjours, dotation annuelle de financement)²⁹⁹. Dans les établissements médico-sociaux où les honoraires des médecins généralistes et gériatres sont compris dans le financement, notamment les Ehpad financés au tarif global de soins, les actes de télé médecine réalisés par les médecins généralistes et gériatres, dont les honoraires sont compris dans le tarif, ne sont pas facturés à l'assurance maladie ; les actes des infirmières salariées des établissements, dont le financement est prévu dans le forfait de soins, ne sont pas non plus facturables, alors même que l'accompagnement à la téléconsultation peut être coûteux en temps. Ainsi, alors que les usages en établissement sanitaire ou médico-social sont peu développés, la logique actuelle de financement forfaitaire n'est pas incitative au développement de la télésanté. C'est particulièrement le cas de la télésurveillance : en diminuant les hospitalisations et en se substituant aux séjours hospitaliers lors desquels sont traditionnellement réalisés les suivis de patients, les actes de télésurveillance ont vocation à diminuer le nombre de séjours ou de venues à l'hôpital.

Le développement de la télésanté dans les établissements devrait donc être soutenu par son inclusion dans les modèles tarifaires. Plusieurs pistes pourraient être suivies à cet effet. Les financements innovants à l'épisode de soins pourraient être mobilisés pour inclure dans certains tarifs les complications et ré-hospitalisations³⁰⁰, de même que les consultations de pré-anesthésie. L'introduction de volets liés à la qualité et à la pertinence des prises en charge dans les financements forfaitaires constituerait aussi une voie de financement incitatif de la télésanté³⁰¹. Une autre logique serait d'intéresser les établissements aux économies réalisées grâce à la télésanté³⁰².

²⁹⁹ Les actes de télé médecine sont en revanche remboursables selon les mêmes règles qu'en ville pour les patients non hospitalisés, selon le régime des actes et consultations externes.

³⁰⁰ Le rapport sur la réforme des modes de financement et de régulation, de la taskforce « Réforme du financement du système de santé », publié en 2019, fait cette proposition. Cf. le chapitre 4 du présent rapport « Soins de suite et de réadaptation, soins psychiatriques, accueil des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées : dix ans de réformes inabouties du financement des établissements et services ».

³⁰¹ À titre d'exemple, la Cour recommandait en 2019 de substituer aux tarifs en vigueur pour la dialyse un tarif unique par patient dialysé, avec des majorations et minorations selon l'état de ce dernier et les résultats des traitements, ce tarif devant intégrer les frais de transports, d'examens biologiques et de suppléments nutritionnels.

³⁰² S'inscrit dans cette logique, la proposition, portée par la Cnam dans son rapport « Charges et produits » pour 2020 de juillet 2019, de financer, dans le cadre d'une expérimentation au titre du dispositif de l'article 51 de la LFSS 201, des pôles hospitaliers ambulatoires, intégrant notamment des prises en charge par télé médecine, financés selon un modèle créant un intéressement financier des hôpitaux aux économies réalisées par les hospitalisations évitées.

Par ailleurs, le financement à l'acte de la télésanté n'incite pas non plus à l'apparition d'organisations de coopération entre professionnels de santé ou entre secteurs des soins de ville, hospitaliers et médico-sociaux, qui sont pourtant indispensables à des pratiques porteuses de gains de qualité et d'efficacité. Pour cela, des modèles de financements alternatifs sont nécessaires. Certains sont actuellement expérimentés, qui se substituent au paiement à l'acte³⁰³ : le financement à l'épisode de soins, partagé entre la ville et l'hôpital ; l'intéressement, fondé sur des indicateurs de qualité et de dépenses, de regroupements de professionnels de santé libéraux, en sus de leur rémunération conventionnelle individuelle ; ou encore la rémunération d'une structure de soins de ville, comme une maison de santé, pour une patientèle donnée, en fonction notamment de la qualité de la prise en charge.

Pour que la télésanté se développe de façon plus efficace, son financement ne devrait donc pas relever exclusivement d'une tarification à l'acte, mais être aussi fondé sur les modèles issus de ces expérimentations.

³⁰³ Notamment dans le cadre du dispositif mis en place par l'article 51 de la LFSS 2018.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La crise sanitaire a donné lieu à un essor des téléconsultations et à une prise de conscience du potentiel de la télésanté, notamment de la télésurveillance. Alors que le changement culturel nécessaire au déploiement de la télésanté a ainsi eu lieu, les freins au déploiement d'une télésanté qui contribue à l'amélioration du système de santé restent présents. Les téléconsultations qui se sont multipliées pendant la crise sanitaire sont essentiellement des actes de substitution aux consultations réalisées habituellement en présentiel, non ciblés sur les publics ou les zones pour lesquels l'accès aux soins doit être amélioré. Très utile durant cette période exceptionnelle, il conviendra néanmoins, au terme de la crise sanitaire, que ce type d'utilisation des téléconsultations cesse de bénéficier des conditions dérogatoires permises depuis le printemps 2020. Là où les patients ont un accès satisfaisant au système de santé, les ressources publiques n'ont en effet pas vocation à financer le développement non maîtrisé d'actes de télésanté, qui se surajoutent au mode de recours traditionnel à la médecine de ville.

À l'inverse, il est nécessaire de redonner la priorité :

- *premièrement, à une télésanté qui soutienne une coordination des soins effective, à la fois par des financements adaptés à cet objectif, en particulier pour contribuer au développement de la télésurveillance, par des dispositifs d'accompagnement à la mise en œuvre de projets de télésanté et par une définition du rôle des organisations locales en matière de télésanté, qu'il s'agisse des groupements hospitaliers de territoires, des hôpitaux de proximité ou encore des structures d'exercice coordonné, comme les CPTS ;*
- *deuxièmement, au déploiement de la télésanté ciblé sur les populations et les zones pour lesquelles l'accès aux soins doit encore être amélioré. Zones à faible densité médicale, patients détenus, résidents en établissements médico-sociaux et patients atteints de maladies chroniques, doivent ainsi être les principaux bénéficiaires de la télésanté. Les politiques publiques d'équipement en outils de télésanté, que ce soit par le biais du FIR ou par les forfaits structures des professionnels libéraux, doivent être ciblés sur ces publics et zones.*

Enfin, en soutien de ces deux objectifs et des usages souhaités, les pouvoirs publics doivent faciliter l'accélération des travaux techniques permettant la mise en relation des professionnels de santé entre eux et avec leurs patients, et l'échange des données nécessaires aux soins dispensés à ces derniers.

La Cour formule ainsi les cinq recommandations suivantes :

19. *accompagner le développement de la télésanté dans une logique de coordination des soins en mobilisant prioritairement les GHT, les hôpitaux de proximité et les structures d'exercice coordonné et en prévoyant, dans les chantiers de réforme tarifaire, des modes de financement autres que le paiement à l'acte (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé) ;*
 20. *cibler les politiques d'aide à l'équipement des ARS et de la Cnam sur les zones et les publics prioritaires (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam) ;*
 21. *renforcer l'interopérabilité des systèmes d'information de télésanté en rendant contraignant le respect des référentiels nationaux et en incluant dans ces derniers l'interopérabilité avec les dispositifs médicaux connectés (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé) ;*
 22. *évaluer les effets des assouplissements apportés par l'avenant 9 à la convention médicale en matière de parcours de soins coordonné et de connaissance préalable du médecin (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam) ;*
 23. *mettre fin à la prise en charge à 100 % (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam) et élaborer un plan de contrôle a posteriori de la facturation de ces actes (Cnam).*
-

Chapitre VI

Les dépenses de biologie médicale :

des efforts d’efficience

encore insuffisants

PRÉSENTATION

Les examens de biologie médicale³⁰⁴ concourent à la réalisation de 60 à 70 % des diagnostics posés en France. Leur rôle est déterminant dans le parcours de soins. La biologie médicale est également une discipline-clé de la surveillance épidémiologique, comme l'a montré l'épidémie de covid 19.

Les dépenses de l'assurance maladie au titre des examens effectués en laboratoire de ville ou en établissement de santé privé lucratif, après avoir été globalement stabilisées entre 2013 et 2018, ont connu une première augmentation en 2019 (3,2 Md€), puis une nette accélération en 2020 (4,8Md€, soit une augmentation de plus de 50% par rapport à 2019³⁰⁵), principalement sous l'effet des tests de diagnostic de la covid 19. Les dépenses de biologie en établissement de santé public ou privé non lucratif peuvent être estimées³⁰⁶ à 2,7 Md€ toutes activités confondues. Hors le surcroît de dépenses liées aux tests de la covid 19, le total de dépenses d'assurance maladie liées à la biologie médicale se situe à un étiage de l'ordre de 6 Md€.

Dans une communication³⁰⁷ de 2013, adressée au Sénat avant la ratification de l'ordonnance du 13 janvier 2010 qui a profondément réformé le secteur de la biologie médicale, la Cour avait mis en lumière son manque d'efficacité et la faiblesse des dispositifs de régulation des dépenses et de contrôle de la qualité des soins. La Cour avait également souligné les difficultés s'attachant à la prise en charge des examens innovants.

À l'issue d'une nouvelle enquête réalisée en 2020, la Cour a constaté que le secteur avait connu de nombreuses évolutions, résultant notamment d'un mouvement de concentration des structures exploitant les laboratoires de ville, de la mise en œuvre de protocoles triennaux entre l'assurance maladie et les professionnels de ville ou de l'accréditation des laboratoires suite à la réforme de 2010. Pour autant, de nombreuses difficultés structurelles demeurent, accentuées par un défaut de coordination des

³⁰⁴ Définis à l'article L. 6211-1 du code de la santé publique.

³⁰⁵ Source : rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2021.

³⁰⁶ Les dépenses de biologie des établissements de santé publics et privés non lucratifs ne peuvent être qu'approchées à partir de quatre sources principales : la facturation à l'assurance maladie (pour l'activité externe et les urgences³⁰⁶) et des éléments issus de la comptabilité analytique des établissements anciennement sous dotation globale (pour les coûts générés dans le cadre des séjours tarifés globalement par GHS), des actes bénéficiant de financements spécifiques de l'innovation, et enfin des activités de sous-traitance ou spécifiques qui ne sont pas à la charge de l'assurance maladie.

³⁰⁷ Cour des comptes, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, « La biologie médicale », juillet 2013.

différents responsables publics de la régulation du secteur et des dépenses qui y sont liées.

La régulation des dépenses s'est progressivement essoufflée, avant d'être suspendue dans le contexte de la crise épidémique de 2020 (I). La réforme de la biologie médicale, si elle a suscité des évolutions profondes du secteur, n'a que partiellement atteint ses objectifs en termes d'efficience (II). La prise en charge par l'assurance maladie d'un flux nourri d'innovations demeure marquée par un blocage persistant (III).

I - Une régulation à renforcer, notamment pour mieux maîtriser les volumes

La maîtrise des volumes d'actes de biologie n'est pas réellement mise en œuvre. Seules les mesures sur les tarifs, suspendues en 2020 sous l'effet de la crise de la covid 19, ont permis jusqu'en 2018 de maîtriser les dépenses de soins de ville.

A - Des volumes d'actes sans maîtrise effective

La maîtrise des volumes est nécessaire pour contenir l'augmentation des dépenses d'assurance maladie, mais elle peine à être mise en œuvre.

1 - Un protocole mal ajusté à la réalité des responsabilités

Les dépenses de biologie médicale relevant des soins de ville font l'objet, depuis 2014, d'un dispositif de régulation dans le cadre de protocoles triennaux conclus entre l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et quatre syndicats professionnels de biologistes, reposant sur le respect d'enveloppes financières de dépenses fixées de manière pluriannuelle, dont le montant a évolué de 0,25% par an jusqu'en 2019. La modération des volumes et les baisses de tarifs sont les deux leviers sur lesquels est fondé le respect des enveloppes. Toutefois, c'est principalement le levier tarifaire qui a permis d'assurer le respect des objectifs de dépenses.

Trois protocoles triennaux successifs ont en effet été adoptés depuis la mise en place de ce dispositif, portant respectivement sur la période 2014-2016, 2017-2019 et 2020-2022. La maîtrise des volumes y est abordée sous la forme d'objectifs quantifiés d'économies (20 M€ par an en moyenne sur la période 2014 à 2019). Il s'agit d'objectifs de maîtrise médicalisée, portant sur le développement et la diffusion de référentiels de bonnes pratiques, la mise en place d'outils tels que la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp), pour inciter à ne pas prescrire ou réaliser d'actes inutiles ou redondants, et la révision de la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) pour en radier les actes obsolètes.

Cependant, il est regrettable que l'ajustement tarifaire nécessaire au respect de l'enveloppe soit réduit en fonction du montant *ex ante* de l'objectif des mesures de maîtrise médicalisée, et non de la mesure *ex post* de leur rendement, que la Cnam ne sait pas évaluer.

Par ailleurs, aucun de ces trois types d'action n'est du ressort exclusif des syndicats de biologistes cosignataires du protocole³⁰⁸. Il y aura lieu, pour encourager les biologistes médicaux à être acteurs de la maîtrise de la dépense de biologie, de modifier les termes du protocole, de manière à se référer à des actions qui dépendent de leur action effective, comme par exemple le pouvoir de substitution qui leur est accordé par l'article L. 6211-8 du code de la santé publique, mais dont la mise en œuvre n'est pas facilitée pour l'instant.

2 - Des prérogatives renforcées, mais difficiles à exercer par les biologistes médicaux

Un des volets de la réforme de la biologie médicale a consisté à prévoir, dans le cadre de l'article L. 6211-8 du code de la santé publique, la possibilité pour le biologiste médical de modifier la nature des examens réalisés par rapport à ce qui lui a été prescrit.

Censée contribuer à une plus grande pertinence des examens, cette disposition est néanmoins peu utilisée depuis son entrée en vigueur en 2013. La loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique a pourtant assoupli les conditions de mise en œuvre de cette prérogative, en levant l'obligation d'un accord préalable du prescripteur sur les adaptations envisagées³⁰⁹.

Cependant, cet assouplissement risque de ne pas avoir d'effet tangible. Pour éclairer le médecin biologiste, la loi a en effet prévu que les « *éléments cliniques pertinents* » doivent être joints à l'ordonnance. Or, ces éléments ne sont généralement pas joints, comme en conviennent les biologistes médicaux, les prescripteurs et les ordres professionnels, ce qui fait obstacle aux modifications que le biologiste médical pourrait vouloir apporter.

Dans les faits, le déploiement de la prescription électronique³¹⁰ devrait faciliter la communication de ces éléments, en assurant notamment le respect du secret médical. Le plan ministériel « Ma santé 2022 » avait prévu l'ouverture d'un service électronique de prescription des actes de

³⁰⁸ Ces actions relèvent également des médecins prescripteurs, avec lesquels l'Uncam devait également négocier les mesures et supposent la rédaction des référentiels par la Haute Autorité de santé (HAS).

³⁰⁹ Ces adaptations par le biologiste médical peuvent désormais être effectuées, sauf mention expresse contraire du prescripteur.

³¹⁰ Cf. chapitre 5 du présent rapport, « La dématérialisation des prescriptions médicales : un facteur d'efficience du système de santé, des chantiers ambitieux à faire aboutir ».

biologie médicale au 2^{ème} semestre 2021. Toutefois, la dématérialisation obligatoire des prescriptions d'actes de biologie pourrait n'intervenir que fin 2024 au vu de l'ordonnance n° 2020-1408 du 18 novembre 2020 portant mise en œuvre de la prescription électronique.

Au demeurant, indépendamment du chantier technique, la bonne volonté des médecins pour transmettre les éléments cliniques, comme la loi leur impose, constitue un point clé, pour lequel la Cnam prévoit de mettre en place un accompagnement spécifique des professionnels de santé concernés.

3 - L'enjeu de la pertinence des prescriptions

La biologie médicale étant une activité prescrite, c'est le comportement des prescripteurs (essentiellement les médecins généralistes et les gynécologues) qui est le facteur plus susceptible d'influer sur les volumes.

Comme l'a relevé la Cnam en 2016³¹¹, la diminution des redondances d'exams et des tests non pertinents serait susceptible de dégager 200 M€ d'économies cumulées sur trois ans. Des actions en ce sens ont donc été initiées au cours de ces dernières années dans plusieurs domaines, comme par exemple le dosage de la vitamine D.

Ces actions rencontrent néanmoins plusieurs limites. En premier lieu, les objectifs ne tiennent pas compte des facteurs démographiques ou sanitaires (tels que l'évolution de la population, la proportion de personnes âgées, de femmes enceintes ou de personnes atteintes de pathologies chroniques), ce qui limite très fortement leur pertinence. En second lieu, il est difficile de distinguer, dans l'évolution des dépenses liées à ces exams, la part liée à l'action propre des caisses primaires d'assurance maladie et celle découlant d'autres causes.

Ces objectifs n'ont pas été reconduits en 2019, en dépit des importantes économies attendues (120 M€ selon l'annexe 7 au PLFSS). Dans le contexte de la crise sanitaire, elles ne l'ont pas été non plus en 2020. Pour relancer ce type d'actions, la Cnam compte sur la mise en place d'un groupe de travail associant les prescripteurs et les biologistes médicaux afin de définir des modalités d'actions qui permettent d'y parvenir.

La maîtrise des dépenses de biologie médicale reste un objectif important dans les années à venir, à la fois pour contribuer à un retour graduel à l'équilibre des comptes de la branche maladie et pour dégager

³¹¹ Cnam, « rapport charges et produits 2016 ».

des marges de manœuvre permettant de financer les actes de biologie innovants.

Une fois la crise épidémique surmontée, les organismes d'assurance maladie devront reprendre les efforts en matière d'action sur les comportements de prescription. Il serait souhaitable qu'ils puissent s'appuyer sur des référentiels que la HAS devra définir pour les actes courants, porteurs des enjeux financiers les plus significatifs.

B - Des dépenses contenues par la régulation financière jusqu'en 2019

1 - Des protocoles triennaux aboutissant à des baisses de tarifs

Dans le cadre des protocoles triennaux mis en œuvre depuis 2014, le respect des enveloppes pluriannuelles doit être garanti par des baisses de cotations de certains actes lorsque les prévisions d'évolution globale de dépenses font ressortir un risque de dépassement. En complément, une baisse temporaire de la valeur de la lettre clé B, utilisée dans le cadre de la NABM, intervient si les baisses de cotation ne suffisent pas à assurer le respect de l'enveloppe ; il en est allé ainsi en 2016 et en 2018.

Comme l'a relevé la Cour³¹², la biologie médicale, avec le médicament et les dispositifs médicaux, constitue un des seuls postes des soins de ville, faisant l'objet de ce type d'encadrement.

Les baisses de cotation, dont le choix est confié aux syndicats signataires, ont concerné depuis 2014 près de 180 actes. Selon les éléments communiqués par la Cnam, ces mesures ont représenté, en année pleine, un total net³¹³ de 136,5 M€ au titre du premier protocole et de 304,2 M€ au titre du deuxième protocole (dont 59,7 M€ au titre des hémogrammes et 54,0 M€ au titre des explorations d'anomalies lipidiques).

³¹² Cour des comptes, « Les dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019 : des progrès dans la maîtrise globale des dépenses, des réformes à intensifier », in *La Sécurité sociale – rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

³¹³ Net de l'impact de l'institution d'un forfait de prise en charge de pré-analytique et d'autres suppléments tarifaires.

2 - Des dépenses presque stabilisées jusqu'en 2018, mais qui ont recommencé à accélérer en 2019

En termes de consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)³¹⁴, le poste de la biologie médicale (4 525 M€) a représenté 8 % des dépenses de soins de ville en 2019, soit une proportion moindre que celle qui avait été constatée dans la communication de la Cour au Sénat de 2013 (9,6 % en 2011). Sur la période, les dépenses de biologie médicale ont ainsi augmenté nettement moins rapidement que l'ensemble des dépenses de soins de ville.

Les volumes d'examens de biologie médicale ont crû de façon soutenue depuis 2016, cette évolution ayant été compensée jusqu'en 2018 par les ajustements tarifaires.

En revanche, l'exercice 2019 a enregistré une accélération (+2,7%), principalement sous l'effet du diagnostic prénatal non invasif (DPNI³¹⁵), qui a été pris en charge par l'assurance maladie à partir de la fin de l'année 2018. L'augmentation des volumes constatée n'a pas été compensée par des ajustements tarifaires, la Cnam ayant décidé de ne pas y recourir dans le contexte des négociations du protocole 2020/2022.

3 - Un dispositif suspendu en raison de la crise sanitaire

Le contexte sanitaire a entraîné une contraction marquée de l'activité de biologie médicale pendant la période de confinement du printemps 2020. Elle a cependant ensuite vivement repris.

En 2020, les dépenses ont été de 4,96 Md€, ayant ainsi connu une augmentation de 51,1 % par rapport à 2019³¹⁶. Cette dynamique s'explique essentiellement par le recours massif aux tests diagnostiques et de dépistage du virus Sars-CoV-2, dans le cadre de la stratégie gouvernementale visant à en maîtriser la propagation. Les dépenses importantes réalisées en 2020 (1,9 Md€ selon les montants annoncés par le ministère des comptes publics³¹⁷) reflètent la forte montée en puissance du nombre de tests réalisés.

³¹⁴ La CSBM décrit les dépenses de soins, qu'elles soient financées par l'assurance maladie ou par d'autres acteurs (État, organismes complémentaires ou ménages).

³¹⁵ Inscrit dans la NABM en décembre 2018, le DPNI sur ADN circulant fœtal, est un examen qui permet de mieux cibler les femmes pour lesquelles l'amniocentèse, examen invasif et à risque, reste nécessaire pour diagnostiquer une trisomie 21.

³¹⁶ Source : rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2021.

³¹⁷ Ce montant fait masse de l'ensemble des dépenses liées aux tests liés à la covid 19.

**Un accès aux tests facilité, une efficacité limitée
par la vigueur des vagues épidémiques**

Dans le but de favoriser l'accès le plus large aux tests, l'assurance maladie supporte une prise en charge de tous les tests, même réalisés sans ordonnance, au taux de 100% au lieu de 60%, taux de droit commun pour les actes de biologie. Avec le Danemark, et jusqu'à la mi-octobre 2021, date à partir de laquelle le remboursement sera conditionné à la présentation d'une ordonnance médicale, la France a fait figure d'exception. Tous les autres pays européens ont décidé que les tests préalables aux déplacements touristiques ou professionnels à l'étranger n'étaient pas admis au remboursement. L'Allemagne est, pour des motifs d'économie, un des pays les plus restrictifs : depuis la révision de sa stratégie de tests en octobre 2020, la prise en charge des tests y est limitée à cinq catégories de publics³¹⁸.

En permettant un suivi de l'évolution de l'épidémie et la prise en charge thérapeutique des personnes infectées, les tests ont contribué à l'organisation de la réponse publique face au virus. Les difficultés à identifier les personnes en contact avec les personnes infectées en raison de leur nombre trop important³¹⁹ en ont toutefois atténué l'efficacité.

Face à cette situation exceptionnelle, les dépenses non liées à la crise épidémique ayant connu une diminution en 2020³²⁰, les pouvoirs publics ont décidé de surseoir en 2020 à l'application du protocole. Aucun ajustement tarifaire n'a ainsi été pratiqué pendant deux années de suite. En 2021, le dispositif de régulation du protocole triennal a été réactivé, des baisses de cotation³²¹ étant entrées en vigueur en avril 2021, portant sur un montant global de 85M€, couvrant les dépassements sans lien avec l'épidémie de covid 19 et ne concernant donc pas les mesures relatives aux tests de dépistage du Sars- CoV-2 examinées ci-après.

³¹⁸ Dans un ordre de priorité décroissant les personnes symptomatiques sur autorisation médicale, les cas contact, le personnel, les patients, résidents et visiteurs d'un établissement médical ou médico-social.

³¹⁹ Le conseil scientifique dans son avis du 22 septembre 2020 avait relevé que « Avec plus de 10.000 cas par jour, le traçage manuel des contacts devient très difficile à effectuer de façon rapide et exhaustive ». Dans son avis du 28 octobre 2020, le conseil scientifique évaluait ce seuil d'efficacité à 5000 contaminations par jour, pour contrôler la circulation du virus.

³²⁰ Soit -4,7% par rapport à 2019 selon le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2021, compte tenu d'une forte contraction de l'activité de biologie médicale durant le confinement du printemps 2020.

³²¹ Décision de l'Uncam du 5 mars 2021 relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.

4 - Un ajustement tardif des tarifs des tests de dépistage du Sars CoV2

S'agissant des tests, le niveau des tarifs, notamment ceux des test RT-PCR, est resté pendant plusieurs mois sensiblement plus élevé en France que chez ses voisins.

Le tarif du test RT-PCR a été fixé initialement par arrêté³²² à 73,59 €, dont 54 € pour la phase analytique, 9,60 € pour le prélèvement nasopharyngé et 9,99 € pour l'accomplissement des tâches de saisie dans les outils de suivi des pouvoirs publics et de l'assurance maladie³²³. Le tarif, pour la partie analytique, était ainsi supérieur de 5,40 euro à celui arrêté auparavant pour d'autres RT-PCR portant sur la détection de maladies infectieuses (chikungunya, dengue ou zika), alors que ce sont les mêmes équipements qui sont utilisés. Un arrêté du 12 décembre 2020 a ensuite prévu une modulation tarifaire pour inciter à une restitution rapide du résultat.

À compter du 1^{er} avril 2021, une réduction du tarif de l'acte d'analyse, ramené à 37,80 €, a été décidée, ainsi que celle du forfait administratif, ramené à 2,70 € contre 5,40€ antérieurement. Suite à cette baisse, le niveau des tarifs pour cet examen est néanmoins resté supérieur à ceux retenus en Allemagne ou en Belgique³²⁴. Ce n'est que par une nouvelle baisse appliquée à compter du 1^{er} juin 2021, que le tarif de l'acte d'analyse a été réduit à 27 €, la valeur de la majoration ou de la minoration appliquée en fonction du délai d'enregistrement du résultat étant parallèlement diminuée de 25 %. Après cette dernière baisse, l'écart de tarifs avec ceux pratiqués notamment en Allemagne et en Belgique a été résorbé.

³²² Arrêté du 7 mars 2020.

³²³ Le tarif du test RT-PCR contient notamment une rémunération majorée si la saisie des résultats dans l'outil de centralisation nationale Sidep est faite sous 24 heures, laquelle n'a pas été prévue pour les tests antigéniques, la saisie dans Sidep ayant été simplement posée comme une condition de leur remboursement.

³²⁴ Le tarif pour les tests remboursés en Allemagne est fixé à 42 euros depuis le 1^{er} juillet 2020. En Belgique, le tarif était fixé à 46,81 euros depuis l'origine, avant d'être abaissé à 40,44 euros au 1^{er} juin 2021.

Tableau n° 25 : tarifs des tests RT-PCR en France

<i>De mai 2020 au 12 décembre 2020</i>	<i>Du 12 décembre au 16 mars 2021*</i>	<i>Du 17 au 31 mars 2021*</i>	<i>Du 1^{er} avril au 31 mai 2021*</i>	<i>Depuis le 1^{er} juin 2021*</i>
63,99 €	63,99 €	58,59 €	55,89 €	41,04 €

* Résultat renseigné dans les 24 heures dans Sidep

Source : Cour des comptes

Ces baisses de tarif sont globalement intervenues tardivement alors que les investissements des laboratoires en automates étaient déjà largement amortis fin 2020. Une économie de l'ordre de 800 M€³²⁵ aurait été réalisée, si le tarif appliqué depuis juin 2021 l'avait été six mois plus tôt.

II - Une régulation de l'offre à rendre plus opérante

L'objectif principal des réformes de 2010-2013 était d'améliorer l'efficacité du secteur de la biologie médicale, c'est-à-dire l'équilibre optimum entre le coût et la qualité de l'analyse biologique dans une perspective médicale pertinente pour le patient. Le bilan est mitigé.

A - Les progrès partiels du contrôle de la qualité

1 - L'impulsion donnée par l'accréditation des laboratoires

L'accréditation, qui est obligatoire depuis la réforme de 2010, comprend l'obligation de respecter, dans le cadre d'un système de normes Iso³²⁶, les processus de contrôle interne afin de limiter les erreurs et d'améliorer la qualité des prestations fournies par les laboratoires³²⁷. L'accréditation est délivrée par le Comité français d'accréditation

³²⁵ Ces estimations portent sur la totalité des tests RT-PCR, y compris ceux pratiqués à l'hôpital.

³²⁶ La norme NF EN Iso 15189.

³²⁷ Extrait du rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance no 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale « L'accréditation, qui se place dans des procédures européennes volontairement non commerciales, est la modalité internationalement reconnue d'amélioration et de contrôle continu de la qualité ».

(Cofrac)³²⁸ au terme d'un cycle d'instruction et d'évaluation dont la réalisation est confiée à des biologistes « évaluateurs techniques » et des responsables d'évaluation qualifiés. Elle doit être obtenue³²⁹ pour 100% des examens réalisés par les laboratoires et à toutes les phases de l'analyse.

En raison de la lourdeur de la procédure d'accréditation puis, dernièrement, de l'épidémie de covid19, la mise en œuvre de l'objectif initial d'accréditation à 100 % a fait l'objet d'aménagements successifs, avec un recul de l'échéance fixée et un assouplissement de ses modalités de mise en œuvre³³⁰. À la suite de la loi n° 2020-734 du 17 juin 2020, les laboratoires auront jusqu'au 1^{er} novembre 2021 pour déposer leur demande complémentaire d'accréditation³³¹.

2 - L'ineffectivité du contrôle national de qualité

Si l'accréditation a bien rempli son office en donnant, à ceux qui l'ont obtenue pour la totalité de leurs examens, un gage de conformité des processus internes de maîtrise des risques aux normes Iso, le contrôle externe de la qualité, confié à l'Agence nationale de sécurité des médicaments (ANSM), reste indispensable.

³²⁸ Il s'agit de l'instance nationale unique d'accréditation, désigné par les pouvoirs publics en application de la réglementation européenne.

³²⁹ Article 6221-1 du CSP.

³³⁰ L'obligation d'accréditation portant sur la totalité des examens réalisé par un laboratoire est assouplie en accréditation par « lignes de portée représentatives » : une fois accrédités le ou les examens représentatifs d'une ligne, l'ensemble des autres examens s'y rattachant seront considérés comme répondant à l'obligation d'accréditation. Dans un arrêté du 8 mars 2021, le ministère des solidarités et de la santé a fixé les examens représentatifs et les compétences professionnelles communes associées à chaque ligne de portée.

³³¹ Échéance prévue par l'arrêté du 10 avril 2021 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid 19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

Les lacunes du contrôle national de qualité

Prévu par le code de la santé publique, le contrôle national de qualité est une évaluation externe de la qualité des examens de biologie médicale à la charge de l'ANSM. Aussi les laboratoires doivent-ils, sous peine de sanction administrative, en confier la réalisation aux organismes d'évaluation externe de la qualité (OEEQ). Ces derniers doivent transmettre à l'ANSM un rapport annuel et signaler à l'Agence régionale de santé (ARS) d'éventuelles anomalies.

Or, depuis la réforme de 2016, ni l'ANSM, ni les ARS n'ont reçu de signalements des OEEQ au sujet d'éventuelles anomalies observées dans les laboratoires. L'ANSM n'est d'ailleurs pas en capacité de dresser la liste des laboratoires qui ne se seraient pas soumis au contrôle national de qualité. Faute d'informations, l'ANSM ne peut donc pas exercer son pouvoir d'inspection et, le cas échéant, sanctionner les laboratoires qui ne respecteraient pas la loi. De plus, l'ANSM a réduit le nombre de ses effectifs affectés au contrôle national de qualité, divisé par 6 depuis 2016.

Les OEEQ exercent leur mission de contrôle sans être soumis à une obligation d'accréditation. Lorsqu'ils se soumettent volontairement à l'accréditation par le Cofrac, ils bénéficient d'une présomption de compétence et d'indépendance mais aucun texte ne prévoit qu'ils puissent faire l'objet d'un contrôle direct de l'ANSM pour vérifier le bien-fondé de cette présomption.

Le rôle de l'ANSM dans sa fonction d'inspection des OEEQ doit être réaffirmé. Une obligation d'accréditation pour les OEEQ, auprès du Cofrac, et un renforcement du pouvoir de contrôle de l'ANSM sur les OEEQ sont nécessaires. À cet effet, l'Agence doit pouvoir être mieux informée du contenu et des contrôles réalisés par les OEEQ sur les laboratoires. Une modification de l'article D. 6221-20 du code de la santé publique serait également souhaitable, pour prévoir une obligation de télétransmission des données collectées par les OEEQ à l'ANSM.

B - Une concentration du secteur qui n'a pas bénéficié à l'assurance maladie

1 - Une concentration et une financiarisation croissantes, surtout à partir de 2015

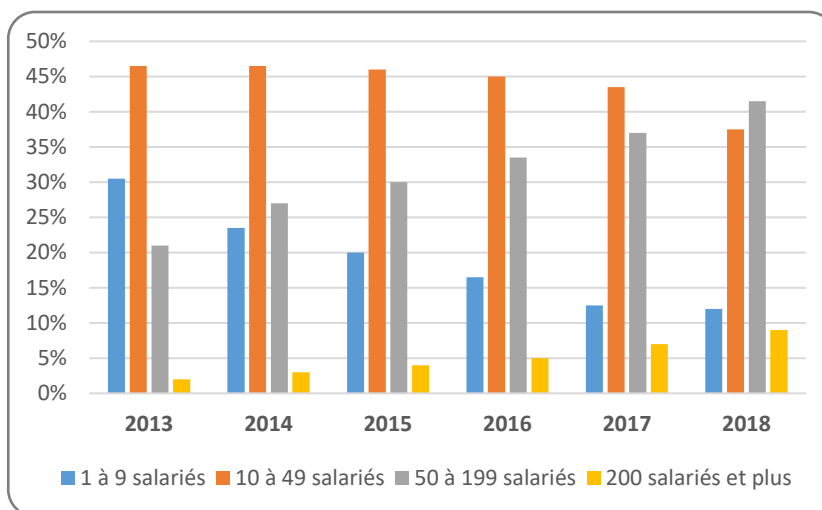
En 2001, les pouvoirs publics ont accompagné et facilité le mouvement de concentration des laboratoires par la loi³³² en autorisant l'ouverture du capital des sociétés d'exploitation des laboratoires à des sociétés financières non détenues par des biologistes. Ultérieurement, la mise en œuvre de l'ordonnance précitée du 13 janvier 2010 devait conduire, grâce aux gains de productivité issus de la concentration du secteur, à une diminution des prix des analyses de biologie médicale et donc de la dépense publique.

Depuis plus de 10 ans, le mouvement de concentration capitalistique du secteur est avéré : les sociétés exploitant des laboratoires de ville, au nombre de 2 145 en 2010, n'étaient plus que 510 en 2016. Par ailleurs, 50,5% d'entre eux avaient plus de 50 salariés en 2018, contre 23% en 2013. Toutefois, l'implantation territoriale des laboratoires a peu évolué, atteignant encore près de 4 000 sites de prélèvement³³³.

³³² Loi n° 2001-1168 du 11 décembre 2001 portant mesures urgentes de réforme à caractère économique et financier, dite « Murcef ».

³³³ Selon la Drees (comptes de la santé 2018), 3864 laboratoires étaient implantés en France en 2018 contre 3961 en 2009.

Graphique n° 13 : évolution de la répartition des LBM extra hospitaliers selon leur taille



Source : Cour des comptes 2020

Les mouvements de regroupements, fusions, acquisitions et alliances capitalistiques se poursuivent actuellement, signe de l'attractivité d'un secteur qui attire des fonds d'investissements comme les fonds de « private equity », en raison notamment des aides des pouvoirs publics sous forme de crédits d'impôt.

Le suivi des mouvements de concentration et d'implantation par le ministère de la santé et la Cnam des laboratoires doit cependant être amélioré. Ni le ministère des solidarités et de la santé, ni le ministère des finances, ni la Cnam ne disposent des informations afférentes à la situation des laboratoires : leur implantation, leur situation économique, et leurs perspectives de développement en fonction des besoins de santé, ce qui ne permet notamment pas de dresser de cartographie de la densité territoriale des laboratoires (cf. *infra*).

2 - Les gains de rentabilité financière doivent profiter davantage à l'assurance maladie

Le mouvement de concentration des sites d'analyse, engagé depuis 2013, a permis aux laboratoires de réaliser des gains de productivité : grâce aux économies d'échelle résultant de la mutualisation des plateaux techniques, des achats (réactifs et matières premières) et des fonctions supports (frais de personnels en diminution) et au renforcement du pouvoir

de négociation du secteur de la biologie privée vis-à-vis de leur fournisseurs, le résultat comptable des laboratoires a augmenté, en moyenne, entre 2010 et 2016, passant de 9 à 10 % du chiffre d'affaires, soit 560 M€³³⁴.

La rentabilité économique³³⁵ est deux fois supérieure à la moyenne générale constatée pour l'ensemble des secteurs de l'économie. Le secteur est par ailleurs peu risqué, en raison de sa solvabilisation par l'assurance maladie. Les marges de productivité du secteur restent également importantes³³⁶.

L'assurance maladie devra tenir compte de cette situation favorable dans ses futures négociations avec les laboratoires.

C - Un suivi territorial de l'accès à la biologie médicale à renforcer

La loi a fixé au ministère chargé de la santé l'objectif d'« assurer la pérennité de l'offre de biologie médicale dans le cadre de l'organisation territoriale de l'offre de soins »³³⁷, c'est-à-dire de prendre en considération les « besoins de biologie médicale » pour permettre un accès aux soins équitable en tous points du territoire national, et pour préserver les laboratoires de proximité et la maîtrise par les biologistes de leur outil de travail face au mouvement de concentration et de financiarisation du secteur. Selon le code de santé publique, les ARS doivent donc veiller à ce que :

- la majorité du capital reste détenue par des biologistes y exerçant, lors des mouvements de rachat de parts entre sociétés d'exercice libéral;
- une société d'exercice libéral détienne tous ses sites pré-analytiques, analytiques et post-analytique sur une zone correspondant à trois territoires de santé limitrophes définis par l'ARS ;

³³⁴ Selon le rapport conjoint de l'IGF et de l'Igas de 2018 sur l'efficacité de la biologie médicale (non rendu public), la rentabilité économique passe de 24% à 16 %.

³³⁵ Excédent brut d'exploitation rapporté à l'actif immobilisé.

³³⁶ Le premier cycle de l'accréditation et l'allègement des exigences du régulateur devrait moins peser sur la productivité des laboratoires. Par ailleurs, en raison de la surcapacité des plateaux techniques, tant en ville qu'à l'hôpital, estimée autour de 20% par les acteurs, des marges de productivité existent et donc, des économies potentielles.

³³⁷ Article 69 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

- une opération de fusion ou d'acquisition ne permette pas au laboratoire de dépasser le seuil de 25 % du total des examens de biologie médicale réalisés sur une zone infrarégionale ;
- les mouvements ne permettent pas à l'acquéreur de détenir une proportion de l'offre de biologie médicale supérieure à 33 % du total des examens de biologie médicale réalisés dans la zone.

Toutefois, les outils administratifs qui permettraient de s'assurer du respect de ces objectifs sont insuffisants, tant en région qu'au niveau national.

1 - Une régulation de l'offre de biologie médicale à mieux outiller

Les ARS ne disposent pas des outils statistiques pour évaluer les besoins de la population en matière de biologie³³⁸. Les aspects de sous-traitance ou d'activités de prélèvement hors laboratoires constituent également un angle-mort pour les ARS. Les projets régionaux de santé³³⁹ sont lacunaires et imprécis en matière de biologie, comme l'avait déjà constaté la Cour en 2013, qui avait recommandé qu'il soit remédié à ce défaut de suivi de la part des administrations centrales et de la Cnam, qui n'étaient déjà pas en mesure, alors, de « donner une photographie précise de l'évolution des structures juridiques des laboratoires et de la cartographie des implantations »³⁴⁰. Cette recommandation conserve toute sa pertinence aujourd'hui. La liste des sites géographiques des laboratoires d'analyse, que la Cnam indique avoir élaborée en 2020 dans le cadre de la facturation des tests RT-PCR, mériterait d'être partagée et utilisée.

Ni les ARS ni la DGOS ne se sont en effet mises en situation de veiller, au vu de l'évolution de la densité territoriale, à la continuité de l'accès aux capacités de diagnostics biologiques.

Ainsi, entre 2013 et 2020, en dépit de la concentration du secteur, la relative stabilité des implantations locales des sites de prélèvement conduit au maintien des inégalités d'accès à l'offre de biologie libérale : globalement, les zones les plus dotées en laboratoires sont toujours l'Ile de

³³⁸ L'outil Bio 2 (anciennement Biomed), purement déclaratif, n'est pas assez fiable.

³³⁹ Ensemble des priorités que l'Agence régionale de santé met en œuvre avec ses partenaires pour améliorer l'état de santé des habitants de la région.

³⁴⁰ Communication à la commission des affaires sociales du Sénat. « La biologie médicale », Cour des comptes, p.88.

France, le Grand-Est, la Nouvelle-Aquitaine et la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, et les zones sous-denses restent les mêmes.

En l'absence d'outils de partage d'informations et de pilotage performants, les administrations de tutelle ne peuvent définir une vision partagée, cohérente et coordonnée du secteur³⁴¹.

2 - Une intervention nécessaire des administrations en charge du contrôle de la concurrence en appui des ARS

La Cour avait recommandé, en 2013, un pilotage national de la réforme afin de mettre les ARS en situation d'assurer une régulation effective de l'activité de biologie médicale. Cette recommandation n'a pas été appliquée.

Selon le code de santé publique, lors des opérations de rachat de parts de laboratoires constitués en société d'exercice libéral (SEL), les ARS doivent vérifier que les règles régissant la concentration du secteur sont bien respectées.

La régulation de ces opérations est difficilement réalisable par les ARS, en raison du manque d'agents ayant les compétences requises.

Les ARS pourraient donc être assistées sur ces sujets des administrations en charge du contrôle de la concurrence, et également bénéficier du soutien en expertise de la DGOS du ministère chargé de la santé.

Les ARS pourraient ainsi se consacrer pleinement aux considérations exclusivement sanitaires, à savoir le délai de réalisation des examens, en particulier ceux définis comme urgents, et l'appréciation des besoins de la population en terme d'analyse de biologie médicale.

III - Une incapacité persistante à assimiler les innovations dans le cadre tarifaire

Alors que la dernière décennie a été marquée par un flux d'innovations continu dans le domaine de la biologie, les processus

³⁴¹ Certains syndicats professionnels soulèvent la question du lien entre concentration des laboratoires et discontinuité territoriale, les contraintes financières et actionnariales des grands groupes ayant, selon eux, un impact sur les stratégies de fusion et de fermeture de sites dans les zones sous denses.

d'inscription au remboursement et de détermination et d'ajustement des tarifs apparaissent insuffisamment réactifs.

A - Une arrivée massive de nouvelles méthodes d'analyse

L'arsenal des examens disponibles s'est substantiellement élargi depuis quelques années, avec de nouveaux tests beaucoup plus précis, spécialisés et prédictifs. Après l'automatisation de l'analyse des prélèvements au début des années 2000 qui a entraîné la concentration des laboratoires, la biologie médicale se situe ainsi au début d'un nouveau cycle.

Ces nouveaux examens de biologie médicale très spécialisés sont issus de deux principales techniques, la biologie moléculaire et le séquençage haut débit. Le séquençage à haut débit ou très haut débit (STHD) permet de personnaliser le diagnostic, le pronostic et l'efficacité d'un traitement pour le patient, et de définir ainsi des thérapies ciblées.

En France, ce n'est qu'en juillet 2019, plus de trois ans après les préconisations du plan Médecine Génomique France 2025³⁴², que deux plateformes de séquençage³⁴³ très haut débit ont été mises en service. Sur la base des tout premiers travaux de ces deux plateformes, à terme, les nouveaux examens utilisant cette technique pourraient bénéficier à 17 000 patients dans le champ du cancer et à 13 000 patients dans celui des maladies rares pour lesquelles près de 51 indications³⁴⁴ diagnostiques ont pu être définies mais dont l'évaluation reste à faire.

La biologie moléculaire³⁴⁵ constitue l'autre grande évolution. Elle est devenue la technologie de référence dans de nombreux domaines. L'épidémie de la covid 19 en a récemment apporté la preuve, avec les tests virologiques (RT-PCR) pour dépister les personnes contaminées.

³⁴² Plan France génomique 2025, Aviesan, 22 juin 2016, page 5 : « *La France avec une capacité annuelle de 20 000 examens et 10 000 génomes accuse un retard sensible par rapport à ces pays (ndlr : Les États-Unis, le Royaume-Uni, la Chine (...))* ».

³⁴³ Séquoia (AP-HP et CLCC Gustave Roussy) en Ile de France et Auragen (Hospices civils de Lyon et CLCC Léon Bérard).

³⁴⁴ Une indication est la pathologie pour laquelle l'examen est réalisé.

³⁴⁵ Cette technique est fondée notamment sur la PCR (Polymerase Chain Reaction) qui est une amplification d'ADN *in vitro*. Elle permet d'obtenir un très grand nombre de copies d'une séquence d'ADN *in vitro* permettant d'obtenir, d'importantes quantités d'un fragment d'ADN spécifique et de longueur définie.

Ces nouveaux examens participent à l'émergence de la nouvelle médecine dite 4P³⁴⁶ (prédictive, préventive, participative, personnalisée).

Il faut toutefois en assurer la veille scientifique et médicale, en prévoir les financements et les évaluer médicalement pour en fixer le juste prix.

B - Des mécanismes en panne

Les actes mettant en œuvre les nouvelles techniques doivent être évalués scientifiquement, de façon à en établir l'intérêt pour l'assurance maladie. Ils doivent sur ces bases être inscrits et tarifés dans la nomenclature de droit commun, la NABM.

Jusqu'à près de 700 actes innovants se sont accumulés depuis plus d'une décennie, au point que le ministère de la santé, à la suite d'une recommandation de la Cour des comptes³⁴⁷, a dû organiser en 2015 une phase d'amont de l'admission à la NABM par la création de deux listes, l'une provisoire et vouée à extinction (liste complémentaire, LC), l'autre pérenne et « transitoire » (référentiel des actes innovants hors nomenclatures, Rihn).

Outre le nombre élevé des évaluations scientifiques à mener, la question du financement et de la tarification de ces actes peine à trouver une solution satisfaisante.

1 - Une accumulation d'actes innovants depuis quinze ans

L'espoir d'une intégration rapide dans la NABM de ces 700 actes innovants a été déçu.

³⁴⁶ Le concept de médecine 4 P a été formulé en 2012 par le biologiste Leroy Hood, de l'Institute for Systems Biology de Seattle (États-Unis).

³⁴⁷ Communication à la Commission des affaires sociales du Sénat « La biologie médicale », Cour des comptes, Juillet 2013, disponible sur www.ccomptes.fr.

Une question qui trouve son origine dans la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) dans les hôpitaux en 2003

Lors de l'entrée en vigueur de la T2A, les actes de biologie médicale innovants ont été financés par une dotation allouée à chaque établissement de santé fondée sur leur déclaration des dépenses induites par la réalisation de ces actes, établie au titre de l'exercice 2003. Reconduit à l'identique les années suivantes, ce montant historique s'est écarté, au fil du temps des coûts de mise en œuvre des activités innovantes de biologie. Pour y remédier, les CHU ont défini au début des années 2010 un référentiel, dit de Montpellier³⁴⁸, listant les actes qualifiés d'innovants depuis le début des années 2000.

Cette liste s'apparentait en tous points à une nomenclature ; elle attribuait à chaque examen un code et une cotation valorisée en euros³⁴⁹. La valorisation de l'activité de biologie innovante dans un établissement pouvait ainsi être estimée sur la base de l'activité réelle de prescription de ces actes.

La Cour avait appelé dès 2013 à une gestion directe de ce référentiel par la DGOS du ministère de la santé. Les établissements, gestionnaires de cette base et premiers bénéficiaires des recettes associées, ne pouvaient en effet être considérés comme suffisamment neutres pour l'administrer.

Afin d'apurer le stock d'actes innovants qui s'était constitué depuis 2003 et de mettre en œuvre les recommandations de la Cour, une réforme a été mise en œuvre par le ministère de la santé en 2015³⁵⁰.

Le « référentiel de Montpellier » a été scindé en trois listes, dont la gestion été confiée à la DGOS. Une première comprenait 108 actes, initialement innovants en 2003 mais devenus obsolètes au fil du temps, et dont la prise en charge a ainsi cessé. Une deuxième, dite « référentiel des actes innovants hors nomenclature » (Rihn), assez comparable dans son principe aux autorisations temporaires d'utilisation (ATU) accordées à certains médicaments, a identifié 237 actes, encore objets d'études et de recherches, en attente de preuves définitives quant à leur valeur médicale.

Enfin une troisième liste fermée et vouée à s'éteindre, dite liste complémentaire (LC), comptait 450 actes, tous évaluables, les données

³⁴⁸ Le CHU de Montpellier et les sociétés savantes de biologie en assurait la gestion et la maintenance.

³⁴⁹ Sans lien avec la lettre-clé B de la NABM.

³⁵⁰ Instruction n° DGOS/PF4/2015/258 du 31 juillet 2015 relative aux modalités d'identification, de recueil des actes de biologie médicale et d'anatomocytopathologie hors nomenclature éligibles au financement au titre de la Merri G03.

relatives à leur valeur médicale étant disponibles, contrairement aux actes inscrits au Rihn. Ils ne sont cependant pas encore inscrits à la NABM, alors qu'ils sont couramment prescrits et soumis à l'accréditation, et ils continuent donc de relever, à titre dérogatoire, du financement des actes innovants.

Les 687 actes du Rihn et de la liste complémentaire ne présentent cependant pas tous les même enjeux médicaux ou financiers. Les prescriptions d'actes innovants sont en effet très concentrées. Douze actes³⁵¹ représentaient 67 % de la valorisation financière des actes innovants.

Il incombe à l'assurance maladie de saisir la HAS afin que cette dernière procède à leur évaluation, en vue de leur inscription, ou non, à la NABM après définition, le cas échéant, de leur cotation tarifaire.

2 - De lourds travaux techniques à conduire, qui appellent la définition d'une méthode et d'un calendrier

L'intégration des actes innovants dans la NABM³⁵² constitue un chantier technique d'ampleur tant pour la Cnam que pour la DGOS.

Six ans après sa création, le Rihn comporte encore 238 actes : seuls sept actes ont été inscrits depuis 2015 dont cinq en 2016, et deux en sont sortis³⁵³. Le nombre d'actes inscrits à la liste complémentaire n'a quant à lui baissé que de 5 %³⁵⁴, très loin de l'extinction totale inscrite dans l'instruction de 2015.

Cette situation s'explique par les retards du processus d'évaluation du service rendu, préalable nécessaire à l'inscription à la NABM, et, lorsque l'évaluation atteste un service rendu positif, par le temps nécessaire à la hiérarchisation et la tarification des actes par l'assurance maladie en lien avec les partenaires conventionnels. La capacité annuelle de traitement théorique d'évaluation dont dispose la HAS est d'environ 25 actes par an.

³⁵¹ Ces actes sont pour l'essentiel des séquençages génomique, des actes de détection de mutation génétique, des typages d'histocompatibilité (vérification de la compatibilité du greffon et de la personne greffée par typage HLA) ou encore d'actes de PCR dite multiplex.

³⁵² La NABM comprend près de 1000 actes. Elle augmenterait de deux-tiers si les actes des deux listes y étaient intégrés.

³⁵³ Entre 2017 et 2020, le solde des entrées et des sorties étaient d'un, caractérisant le gel de fait de cette liste.

³⁵⁴ Cette liste, qui regroupe un encours d'actes en souffrance d'évaluation, ne peut pas comprendre de nouvelles inscriptions par construction.

Sur cette base, 24 années de travail seraient nécessaires à l'évaluation des 687 actes en attente. Pour surmonter cette difficulté, la Haute Autorité a hiérarchisé la tâche à accomplir, en estimant que 70 actes prioritaires feraient l'objet d'une évaluation classique sous deux à trois ans. Ce travail a commencé en 2019 ; il a permis à la fois des radiations et des inscriptions. La crise épidémique de l'année 2020 a cependant stoppé temporairement ce mouvement.

Une délégation d'une partie de ces évaluations à des structures tierces est envisagée par la HAS mais de façon encore imprécise quant à leur nombre et à leurs modalités. Dans tous les cas, la HAS devra veiller à ce que les dites structures tierces ne soient ni promoteurs ni des prescripteurs importants des actes qu'elles auraient à évaluer.

3 - Une valorisation inadaptée au préjudice de l'assurance maladie

La tarification prend insuffisamment en compte le fait que les coûts de réalisation des actes baissent continument avec le développement des volumes, selon des rendements d'échelle croissant.

Le phénomène est particulièrement marqué dans le champ de la biologie moléculaire. Les dépenses sur les tests PCR, supérieurs à 2 Md€ en 2020, ont permis un amortissement rapide de nombreux équipements. Cela justifierait une baisse des tarifs correspondants de la nomenclature Rihm, de la liste complémentaire, voire de la NABM.

Les tarifs devraient également être réduits pour les actes de séquençage génomique, dont les coûts de production ne cessent de baisser alors que les volumes d'examens croissent. Enfin, les changements de taille des populations cibles, comme ce fut le cas lors du dernier quadrimestre 2020 sur les tests RT-PCR dans le dépistage de la covid 19, ainsi que l'évolution des techniques d'examens (automates, réactifs, techniques, ...), se traduisant par des rendements d'échelle significatifs. Une part de ces gains de productivité devrait servir au financement des innovations et contribuer, par des baisses tarifaires significatives, à la maîtrise des dépenses de biologie en ville.

Des règles de révision automatique des tarifs dans un délai déterminé après l'inscription de l'acte devraient donc être définies afin de permettre à l'assurance maladie de bénéficier des gains de productivité. Les premières années de l'inscription en NABM sont en effet souvent celles où les économies d'échelle sont les plus fortes. Faute de révision des tarifs dans des délais rapides, les rendements d'échelle considérables, découlant d'une

tarification strictement proportionnelle aux volumes, sont donc intégralement laissés aux laboratoires de ville ou aux établissements publics.

Par ailleurs, alors que la Cour avait appelé les ministères chargés des affaires sociales et de la santé et la Cnam à procéder à une révision coordonnée des actes innovants et de la NABM³⁵⁵, dans le but d'établir un continuum tarifaire fluide entre cette dernière, nomenclature de droit commun et celle, par nature transitoire, des actes innovants, il n'en n'a rien été.

L'incitation des acteurs privés et publics à investir a pu en être affectés, exposant le parc d'équipements biologiques français à un risque d'obsolescence. La relative rareté, dans les laboratoires de ville, des plateformes nécessaires à la pratique des tests PCR, au début du printemps 2020, puis celle des séquençages génomiques permettant de repérer les variants du Sars-CoV-2 au début de l'année 2021, illustre les conséquences préjudiciables de cette inertie administrative.

³⁵⁵ « La biologie médicale », Communication pour la commission des affaires sociales du Sénat, Cour des comptes, avril 2013, p 110 : « Ces deux révisions - nomenclature des actes de biologie médicale et référentiel des actes hors nomenclature - doivent d'évidence être menées de façon coordonnée, notamment pour ce qui concerne l'intégration des actes devenus de pratique courante dans la nomenclature. ».

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le secteur de la biologie médicale a connu, depuis les derniers travaux de la Cour, de profondes évolutions, tant sur le plan des innovations médicales qu'en termes économiques.

Face à ces évolutions, la régulation ne se s'est que partiellement adaptée : même si l'urgence née de la crise de la covid 19 a donné une place importante aux tests RT-PCR, les innovations ne sont pas suffisamment intégrées dans les mécanismes de droit commun des dépenses d'assurance maladie. Par ailleurs, la poursuite de la concentration qui marque ce secteur nécessite de concilier la baisse des tarifs, qui reste indispensable à la maîtrise des dépenses, et le maintien d'un niveau suffisant de maillage territorial, alors même que le ministère de la santé peine à définir les besoins en la matière.

Le pilotage du secteur n'est toujours pas coordonné entre les différents acteurs publics, non seulement en raison des blocages des nomenclatures tarifaires, mais aussi en raison de la faiblesse des moyens engagés et d'une absence de vision partagée sur le rôle et la place de la biologie médicale dans le système de soins.

La question immédiate reste celle du respect des objectifs de dépenses : si un dispositif de protocole entre l'assurance maladie et les syndicats de biologistes médicaux a globalement permis de stabiliser la dépense de ville depuis 2013, ce dispositif a été desserré en 2019, puis mis à l'arrêt en 2020 en raison des besoins impérieux de tests de dépistage et de diagnostic de la covid 19. Malgré la réactivation du dispositif en 2021, les dépenses de biologie médicale correspondant aux tests de dépistage de la covid 19 contribuent à un dépassement significatif de l'Ondam.

Dans ces conditions, la détermination des enveloppes régies par ce protocole devra, à la fois, tenir compte de la rentabilité du secteur, contribuer au retour graduel à l'équilibre des comptes de la branche maladie, et permettre la prise en charge des examens innovants.

Dans cette perspective, la Cour formule les recommandations suivantes :

- 24. dans le cadre du déploiement de la prescription électronique, veiller au respect de l'obligation de transmission aux biologistes par les médecins prescripteurs des éléments cliniques pertinents (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam) ;*
- 25. pour favoriser la maîtrise des volumes, dans une optique de pertinence, produire les référentiels concernant les examens courants*

porteurs des enjeux financiers les plus significatifs (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam, HAS) ;

- 26. résorber le retard d'évaluation d'ici au 31 décembre 2024, en radiant les actes qui sont devenus obsolètes ou inutiles et en intégrant les autres à la NABM (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam, HAS) ;*
 - 27. tenir à jour et de façon coordonnée les données afférentes à l'implantation territoriale des laboratoires, à leur situation économique, et aux mouvements de restructuration et de concentration en vue de préserver une biologie de proximité (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, ministère chargé du budget, Cnam).*
-

Troisième partie

Relancer et accélérer les chantiers de réforme et d'amélioration de la gestion

Chapitre VII :

**Soins de suite et de réadaptation,
soins psychiatriques, accueil des
personnes âgées dépendantes
et des personnes handicapées :
dix ans de réformes inabouties
du financement des établissements
et services**

PRÉSENTATION

En 2009 et 2010, dans la continuité de la réforme appliquée à partir de 2004 aux soins aigus (MCO)³⁵⁶, le ministère de la santé a envisagé, pour les établissements de santé, des réformes du financement des soins de psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation³⁵⁷ (SSR). Une démarche analogue de réforme globale du financement a également été envisagée à la même période dans le domaine médico-social, pour les soins délivrés dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées (Ehpad) et pour les diverses catégories de services³⁵⁸ et d'établissements médico-sociaux pour les personnes handicapées (ESMS-PH). Ainsi, quatre chantiers majeurs de réforme des modalités de financement ont été engagés parallèlement.

Les quatre domaines concernés constituent des enjeux financiers lourds en matière de financements publics, représentant chaque année pour l'assurance maladie près 18,5 Md€ de dépenses dans le champ sanitaire et plus de 20 Md€ dans le champ médico-social, auxquelles s'ajoutent plus de 9 Md€ de dépenses des conseils départementaux. Chaque chantier a ses spécificités et sa temporalité. Mais ils répondent aux mêmes objectifs : prendre en compte la lourdeur relative des besoins des patients, afin de favoriser des soins adaptés, dans une logique de parcours et de gradation, par la promotion de l'ambulatoire notamment ou du maintien à domicile ; rompre avec la reconduction de dotations aux montants fondés sur des bases historiques, devenues sans justification ; rapprocher les modalités de financement des établissements de statuts différents, public, privé d'intérêt collectif ou privé lucratif ; réduire les inégalités territoriales de répartition de l'offre en établissement. Ils supposent, en outre, tous, de mieux connaître la réalité des besoins des usagers, mais aussi de disposer d'indicateurs d'activité et de performance financière ou de qualité de la prise en charge.

Au cours de la décennie 2010-2020, ces quatre chantiers ont été menés de front, de même d'ailleurs que celui de l'adaptation des modalités de financement du MCO. Leur conduite s'avérant complexe, ils n'ont avancé que difficilement. En 2018, les réformes relatives aux SSR et à la psychiatrie ont été relancées, avec des modèles rénovés.

³⁵⁶ Les soins de médecine, chirurgie et obstétrique, ou « MCO ».

³⁵⁷ Le projet de décret relatif aux autorisations d'activité les renomme « soins médicaux et de réadaptation ». La terminologie encore en vigueur a été maintenue ici.

³⁵⁸ Le cas particulier de la recherche d'un modèle tarifaire pour les Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) n'est pas examiné ici.

S'il est trop tôt pour tirer un bilan complet, les progrès enregistrés restent très partiels au bout de dix ans (I). Or l'absence ou l'insuffisance des progrès de réformes du financement serait dommageable à la stratégie de gradation des soins ou de transformation vers des modalités plus inclusives. Dans les deux domaines sanitaires examinés, psychiatrie et SSR, où de nombreux arbitrages restent pendants, comme pour les deux réformes tarifaires du champ médico-social, encore inachevées, il paraît indispensable de perfectionner les modèles et d'adopter une méthode de pilotage renouvelée (II).

I - Des réformes inabouties

Compte tenu de l'importance des enjeux et de l'existence de précédents ou de références, il est apparu logique d'entreprendre des réformes d'ampleur (A). Mais celles-ci n'ont que très partiellement abouti (B), se traduisant surtout par des progrès dans les outils de connaissance de l'activité mais encore très peu par des dispositifs réformant la répartition effective des financements (C).

A - Des réformes apparues nécessaires, des réorientations récentes

1 - Des enjeux pour les usagers

En 2019, plus d'un million de personnes³⁵⁹ ont été hospitalisées dans les 1 625 établissements de santé de soins de suite et de réadaptation. Plus de 425 000 personnes³⁶⁰ l'ont été dans les 617 structures fournissant des soins psychiatriques.

Dans le secteur médico-social, fin 2019, 7 519 Ehpad accueillait près de 600 000³⁶¹ personnes âgées dépendantes, à titre permanent ou temporaire. Plus de 400 000 personnes handicapées³⁶² étaient accompagnées par les établissements et services médico-sociaux (ESMS).

Si les besoins des personnes concernées sont évidemment différents (convalescence et rétablissement en sortir d'un séjour hospitalier, prise en charge de troubles psychiques plus ou moins sévères, personnes âgées peu ou pas autonomes et personnes en situation de handicap), ces besoins évoluent, une même personne pouvant être amenée à être prise en charge successivement dans des établissements relevant de domaines différents (une sortie d'un établissement de santé mentale se faisant par exemple vers un foyer pour adultes handicapés). La fluidité des parcours des personnes, souvent longs et complexes, implique que les modalités tarifaires de leur prise en charge, d'un domaine à l'autre, obéissent à des logiques cohérentes.

³⁵⁹ Selon l'Agence technique de l'hospitalisation (ATIH), 37 000 enfants de moins de 18 ans, 615 000 adultes de moins de 80 ans, 371 000 adultes de 80 ans et plus.

³⁶⁰ Selon la Drees, 45 223 enfants de moins de 16 ans, 381 975 adultes de 16 ans et plus.

³⁶¹ 600 000 places étaient disponibles selon la CNSA.

³⁶² 161 955 places pour les enfants et 344 991 places pour les adultes étaient disponibles selon la CNSA.

Les modèles de financement orientent aussi, au moins en partie, le comportement des professionnels de santé et des gestionnaires d'établissements, en complément des autres leviers réglementaires que sont notamment les autorisations d'activités ou la contractualisation entre les tutelles et les établissements.

Un système de financement peut ainsi générer des effets dommageables, contraires à l'intérêt des patients, comme des hospitalisations non justifiées ou un allongement de la durée des séjours, ou contribuer à une éventuelle insuffisance de l'encadrement médical ou en soins, ... À l'inverse, des modalités de financement plus pertinentes peuvent dans une certaine mesure favoriser de meilleures pratiques de soins ou récompenser des efforts et des résultats, en particulier en matière de qualité et de pertinence des soins en fonction des besoins des patients.

2 - Des enjeux financiers

En 2019, dans le champ sanitaire, l'assurance maladie versait 18,4 Md€ aux établissements de santé, publics ou privé (sans ou à but lucratif), autorisés au titre des soins de suite et de réadaptation ou de la santé mentale.

**Tableau n° 26 : dépenses d'assurance maladie pour les établissements
de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie (en M€)³⁶³**

		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Évolu- tion 2011- 2019
SSR	Total	7683	7873	8048	8307	8324	315	545	8516	613	1,4 %
	DAF	5834	5917	5997	6163	6127	078	177	6201	276	0,9 %
	Dont MIGAC SSR						2	41	150	53	
	Dont dotation modulée à l'Activité SSR							01	589	89	
	Dont IFAQ SSR								7	9	
	OQN	1849	1956	2052	2144	2197	237	368	2315	337	3,0 %
	Dont MIGAC SSR							7	21	5	
	Dont Dotation modulée à l'activité SSR							09	257	59	
	Dont IFAQ SSR								6	0	
Psy	Total	8991	9147	9319	9367	9451	498	606	9646	790	1,1 %
	DAF	8385	8512	8665	8692	8763	797	897	8921	026	0,9 %
	OQN	606	635	654	676	688	01	09	724	65	2,9 %
Total :		16674	17021	17367	17675	17775	7813	8151	18161	8403	1,2 %

Source : États financiers des ARS

Dans le secteur médico-social, les dépenses de l'assurance maladie atteignaient 20 Md € en 2019 au titre des Ehpad et des ESMS. La dépense

³⁶³ Comme dans les autres champs des activités en établissements sanitaires, on distingue trois catégories juridiques, établissements publics, établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) et cliniques privées à but lucratif. Mais sur le plan du financement, c'est une autre distinction qui s'impose entre, d'un côté, les établissements du service public hospitalier, qui englobe tous les établissements publics et la quasi-totalité des Espic (DAF), et, de l'autre, les établissements privés financés par des modalités distinctes (OQN).

publique est toutefois encore plus importante, si sont également prises en compte celles des conseils départementaux, destinées à couvrir l'allocation personnalisée pour l'autonomie versée aux résidents en Ehpad présentant une perte d'autonomie, ainsi que l'aide sociale aux personnes ne disposant pas des ressources suffisantes pour faire face aux frais d'hébergement en établissement médico-social.

Tableau n° 27 : dépenses publiques pour les établissements médico-sociaux (2011-2019)

en M €		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Evolution 2011-19
EHPAD	Total	9842	10261	10675	10990	11288	11543	11828	12097	12514	3,0%
	ARS	6595	6935	7271	7520	7702	7899	8124	8383	8790	3,7%
	Conseils départementaux APA	2028	2106	2182	2257	2338	2385	2431	2452	2475	2,5%
	Aide sociale à l'hébergement (1)	1219	1220	1222	1213	1248	1259	1273	1262	1249	0,3%
PH	Total	14351	14637	15073	15552	15878	16141	16444	16657	17017	2,2%
	ARS hors ESAT	8634	8744	9064	9321	9497	9652	9799	10007	10230	2,1%
	ESAT	1398	1416	1438	1451	1462	1469	1518	1534	1584	1,6%
	Aide sociale à l'hébergement (2)	4319	4477	4570	4780	4919	5020	5127	5116	5204	2,4%
Total		24192	24898	25748	26542	27166	27684	28272	28754	29532	2,5%

Note : les dépenses d'APA et ASH incluent également celles versées au titre de résidents en Ehpad, USLD et résidence autonomie.

Source : états financiers des ARS, Drees enquête aide sociale. (1) Les dépenses d'ASH sont nettes des récupérations sur tiers payants et successions. (2) y compris accueil de jour

3 - Des réformes aux objectifs multiples

À la fin des années 2000, alors que le secteur du MCO connaissait une réforme majeure à travers l'introduction de la tarification à l'activité (« la T2A »), l'orientation a été prise de rénover également en profondeur les modalités de financement des établissements sanitaires, délivrant les soins de suite et de réadaptation et les soins psychiatriques, et des établissements médicosociaux.

Fondés sur des bases historiques, ces financements ne permettaient pas une allocation des ressources budgétaires conforme aux besoins de la population et au développement de l'activité des établissements. Pour les quatre secteurs, l'objectif commun a ainsi été de rompre avec le système de dotations globales, appliqué à tout le champ du médicosocial et également à la grande majorité des établissements sanitaires, notamment publics et à but non lucratifs, en SSR et psychiatrie.

Il s'agissait de parvenir à des financements plus équilibrés, entre acteurs et entre territoires, et de mieux mobiliser les moyens en favorisant le développement de l'activité des établissements de soins de SSR et psychiatriques à travers des tarifs. Il s'agissait également, pour le secteur

sanitaire, de mettre fin à la dichotomie existant avec le secteur privé, financé principalement par des prix de journées.

4 - Des modèles de financement mixte, en cohérence avec la réorientation de la T2A dans le champ MCO

À la fin de la dernière décennie, devant les critiques accrues à l'égard des effets de la T2A sur le champ MCO, deux rapports³⁶⁴ ont recommandé une diversification des modes de financement afin de corriger certains effets négatifs potentiels de la tarification à l'activité, notamment en matière de qualité et de pertinence des soins.

L'appréciation évolutive des effets de la T2A dans le champ MCO

Les modalités de financement des séjours hospitaliers en MCO relèvent majoritairement de la tarification à l'activité, dite T2A, qui se fonde sur des forfaits par séjour fixés par groupes d'activité (groupes homogènes de malades, GHM), construits à partir d'une description fine de l'activité hospitalière. Ces financements à l'activité sont toutefois complétés par des dotations, dites missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (Migac). La Cour a décrit déjà l'introduction de cette réforme³⁶⁵ et a plus récemment souligné la nécessité d'évolutions de ses modalités.³⁶⁶

Les premiers bilans de mise en œuvre du modèle de la T2A, dans le champ MCO apparaissaient au début des années 2010 globalement positifs, en stimulant notamment la productivité des établissements et leur capacité à développer de l'activité en réponse aux besoins.

³⁶⁴ « L'évolution des modes de financement des établissements de santé, une nouvelle échelle de valeur », Dr Olivier Véran, 2017 et « Les réformes des modes de financement et de régulation, vers un modèle de paiement combiné », Jean-Marc Aubert, Task Force « Réforme du financement du système de santé », janvier 2019.

³⁶⁵ Cour des comptes, « La mise en œuvre de la T2A : bilan à mi-parcours », octobre 2009, « Tarification à l'activité et convergence tarifaire », octobre 2010, « Les financements par dotation aux établissements de santé (Migac et FIR) : une simplification nécessaire », octobre 2020 in *La Sécurité sociale – rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale*, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

³⁶⁶ Cour des comptes, « L'avenir de l'assurance maladie », rapport public thématique, 2017, pages. 88 à 90.

Divers effets pervers ont, ensuite, été mis en avant, avec des retentissements potentiels significatifs pour les patients : la qualité des soins pourrait être altérée si elle n'est pas suffisamment valorisée. En outre, la fluidité et la pertinence des parcours des patients entre les différents secteurs de soins ne sont pas favorisées, chaque opérateur étant incité à développer ou à optimiser son offre sans rechercher une coordination avec les autres acteurs.

L'orientation prise par les pouvoirs publics consiste depuis 2018, pour l'ensemble du champ sanitaire, à chercher à développer, au côté des financements au séjour, des compartiments complémentaires, notamment pour inciter à la qualité des soins ou pour tendre, à travers des dotations, dites populationnelles, vers une meilleure répartition des financements entre régions et territoires.

De la sorte, un cadre d'ensemble semble susceptible d'être trouvé, applicable au moins en partie aux soins fournis dans le secteur médicosocial, même si les travaux relatifs à des indicateurs de qualité, notamment, y sont moins avancés.

B - Une mise en œuvre encore très partielle au terme de la décennie

Le bilan établi de manière synthétique par la Cour fait apparaître la lenteur des avancées par rapport aux objectifs fixés au début des années 2010, ainsi révisés : le système des dotations historiques demeure prépondérant en 2021. La seule exception est celle du secteur des Ehpad, majoritairement financé par l'assurance maladie et les conseils départementaux, en fonction des capacités d'accueil, du taux d'occupation et de la lourdeur relative des prises en charge, financements ainsi indirectement liés à la réalité de l'activité des établissements.

Tableau n° 28 : structure de financement des établissements

	2010		2021	
	Activité	Forfaits	Activité	Forfaits
SSR	22%	78%	31%	69%
Psychiatrie	7%	93%	8%	92%
Ehpad	0%	100%	90%	10%
Personnes Handicapées	0%	100%	0%	100%

Source : estimations Cour des comptes

Note : pour les Ehpad l'estimation recouvre à la fois les parties soins et dépendance ; les dotations prenant en compte la lourdeur des cas sont considérées comme assises sur l'activité.

L'analyse de chacun des quatre chantiers étudiés par la Cour ne peut être détaillée ici. Quelques éléments méritent cependant d'être rappelés, qui reflètent les efforts déployés au cours de la décennie pour essayer d'adapter les modèles de financement, d'abord selon l'activité, puis à partir de 2018 en « combinaison » avec d'autres paramètres.

1 - Pour les SSR, un modèle à préciser

La réforme du financement des SSR a été engagée en 2009, inspirée directement de la démarche mise en œuvre pour le MCO. L'activité des établissements devait être décrite à partir de groupes homogènes de patients, selon des pathologies principales et des échelles de sévérité, pour fonder un système de paiements prospectifs³⁶⁷. L'ambition initiale était de mettre en œuvre ces nouveaux outils dès 2012. Toutefois, au vu de la diversité des soins délivrés dans les établissements SSR et de la difficulté d'identifier des groupes homogènes de patients au regard du coût des soins reçus, la réforme a d'abord été repoussée à 2013, puis à 2016.

³⁶⁷ Un paiement prospectif consiste à verser au producteur de soins des montants fixés antérieurement à la période de production des soins.

Un modèle cible a ainsi été fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016. Il s'agissait de verser aux établissements des dotations modulées selon leur activité, lissée sur trois ans. Quatre compléments de dotation devaient être également attribués³⁶⁸. Cette réforme devait entrer en vigueur progressivement à partir de 2017. Pourtant, le processus de mise en œuvre s'est interrompu, en raison de l'importance des effets de transferts de ressources entre établissements « gagnants » et « perdants » et d'une nomenclature des groupes homogènes de malades, jugée encore trop imparfaite selon les fédérations professionnelles d'établissements³⁶⁹. En conséquence, seule la première étape de la transition a été mise en œuvre, si bien qu'en 2019 seulement 10 % des financements attribués l'étaient selon les règles du modèle défini en 2016.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a ajusté le modèle de financement. Le financement à l'activité pourrait s'élever à environ 50 % du total des financements attribués, et serait, notamment, complété par deux compartiments : une dotation dite « populationnelle », destinée à favoriser une répartition de l'offre en soins plus équitable entre régions et entre territoires au sein d'une même région³⁷⁰, qui pourrait être de l'ordre de 30 % ; et une dotation dite de « transformation » à hauteur de 5 %, destinée à accompagner « la résorption des écarts entre régions en matière de prise en charge ». La définition de ces deux enveloppes est cependant demeurée jusqu'ici très imprécise.

2 - Pour la psychiatrie, des travaux encore inachevés

Inscrite dans la continuité de premiers travaux engagés dans les années 1990, la réforme du modèle de financement pour les établissements autorisés en psychiatrie a d'abord cherché à valoriser l'activité, à l'image du modèle MCO, en fonction de groupes homogènes de patients, définis par croisement des diagnostics et les échelles individuelles de sévérité.

³⁶⁸ Pour assurer le financement des molécules pharmaceutiques onéreuses, celui de plateaux techniques spécifiques (balnéothérapie, assistance robotisée des membres inférieurs ou supérieurs...) et celui de missions d'intérêt général. En outre, un financement au titre de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins a été prévu, à l'image de celui introduit en MCO (dotation dite « Ifaq », ou « incitation financière à la qualité »).

³⁶⁹ La nomenclature fait l'objet de travaux d'enrichissement qui se poursuivaient en 2020 (voir infra).

³⁷⁰ Cette dotation fait l'objet de plusieurs phases de répartition : à partir de critères démographiques pondérés, entre les régions (ce qui permet de progressivement réduire les disparités), puis au sein des régions, entre territoires de santé ou directement entre établissements, selon les choix des régions et sans doute l'importance relative des activités, dans la région ou les territoires concernés.

Cette approche a cependant rencontré les réticences des professionnels. Deux évolutions ont alors été privilégiées.

La première a consisté à chercher à se référer aux coûts des différentes structures. Des études de coûts ont, récemment, été menées, pour les années 2015 et 2016, afin de mesurer et expliquer la dispersion des coûts élémentaires des différentes structures du secteur (centres médico-psychologiques, services d'hospitalisation à temps plein, ...). Le contenu des missions exercées par ces structures, dont les organisations locales peuvent fortement varier, est cependant peu réglementé. Cette voie s'est donc révélé insuffisamment concluante.

La seconde a consisté à pratiquer des « péréquations » entre régions et au sein de celles-ci, entre établissements, sur la base de paramètres « populationnels »³⁷¹. La réforme adoptée en loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a confirmé cette démarche : au sein des multiples « compartiments, la dotation dite « populationnelle » pourrait ainsi représenter 80 % environ du financement total par l'assurance maladie obligatoire des établissements du service public.

En raison de la crise sanitaire, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a repoussé d'un an le délai prévu de mise en œuvre des réformes pour la psychiatrie et les SSR, les Agences régionales de santé (ARS) ne pouvant se consacrer suffisamment au travail complexe de détermination et d'arbitrage des dotations sur ces nouvelles bases.

3 - Pour les Ehpad, une réforme mise en œuvre difficilement

Le financement des Ehpad est réparti depuis la fin des années 1990 entre trois « sections », supposées étanches, décrivant respectivement les budgets : des soins, financés par l'assurance maladie ; de la prise en charge de la dépendance, financée par le conseil départemental, après application d'un ticket modérateur dépendant du revenu à la charge des résidents ; de l'hébergement, financé par les résidents, sous réserve d'une contribution de l'aide sociale départementale pour les résidents les plus modestes, dans les établissements habilités. L'introduction d'échelles de sévérité (avec d'abord la grille dite Aggir, relative au niveau de dépendance, puis celle dite Pathos, relative aux besoins en soins), visait à réduire les disparités de financement entre établissements. Des mécanismes de convergence, tenant

³⁷¹ Notamment selon l'âge moyen et les niveaux de précarité relatifs.

compte de la sévérité des cas, ont ainsi pu être introduits dès 1999, avec la définition d'un plancher, puis d'un plafond aux dotations à partir de 2008.

L'étape suivante a consisté à calculer les forfaits finançant les soins et la dépendance directement à partir d'équations fondées sur des mesures périodiques des besoins des résidents, évalués selon les grilles Aggir et Pathos. Une première tentative de réforme en ce sens, en 2009, n'a pas abouti, faute de publication du décret d'application pourtant transmis au Conseil d'État³⁷². Fin 2015, la loi dite « d'adaptation de la société au vieillissement » a confirmé ce principe de tarification : les mesures réglementaires d'application, publiées fin 2016, prévoyaient une mise en œuvre progressive de 2017 à 2023³⁷³. Mais les nouvelles modalités de calcul du forfait dépendance générant des pertes de recettes pour 20 à 25 % des établissements, des tensions sociales sont survenues à l'automne 2017, nécessitant l'intervention d'une médiation. Le Gouvernement a décidé de poursuivre la réforme, l'assurance maladie étant sollicitée pour financer des versements complémentaires aux établissements perdants³⁷⁴, pour un surcoût cumulé annuel d'environ 130 M€ en 2021³⁷⁵.

4 - Pour les ESMS-PH, un chantier de très longue durée

Les établissements et services médico-sociaux qui accueillent des personnes handicapées (ESMS) sont très divers, par les publics accueillis, leurs régimes juridiques ou encore la répartition de l'origine des financements entre l'assurance maladie et les conseils départementaux. Mais au sein de chaque catégorie d'établissements ou services, la diversité des modes d'organisation, du niveau de prestations et de leur coût est également très marquée, comme le montre le tableau ci-après³⁷⁶.

³⁷² Le caractère automatique de la formule avait généré des interrogations, dans la mesure où elle ne laissait plus de place à la négociation avec l'autorité tarificatrice.

³⁷³ Calendrier avancé par la suite à 2021 pour la section relative aux soins conduisant à un écart à la cible pour cette section de l'ordre de 2 % pour les convergences à la baisse et de 3 % pour les convergences à la hausse (source Hapi CNSA).

³⁷⁴ Selon le dossier de presse 30 mai 2018 « feuille de route grand âge autonomie », le ministère s'est engagé « à ce que leurs ressources financières soient maintenues au minimum à leur hauteur actuelle pour les années 2018 et 2019 ».

³⁷⁵ Des moyens nouveaux ont été alloués : 29 M€ de financements complémentaires en 2018 (circulaire budgétaire 2018), 17,6 M€ en 2019 (circulaire budgétaire 2019) et 47,1 M€ en 2020 (circulaire budgétaire 2020).

³⁷⁶ Il présente de manière résumée une partie des données publiées par la CNSA, à partir des comptes administratifs des établissements de 2016. Ont été retenues ici les catégories pour lesquelles l'échantillon d'établissements était le plus nombreux.

Tableau n° 29 : dispersion des coûts nets moyens annuels par usager selon les structures (en K €)

<i>Catégories</i> ³⁷⁷	1 ^{er} décile	médiane	9 ^e décile	D9/D1
<i>Esat</i>	10,9	12,1	13,6	1,25
<i>Mas</i>	61,9	73,3	89,7	1,45
<i>Fam (internat)</i>	20,4	43,3	80,4	3,94
<i>IME (internat)</i>	30,6	39,7	59,9	1,96
<i>IME(sans internat)</i>	21,3	30,2	44,1	2,07
<i>Itep</i>	36,2	47,7	59,3	1,64

Source : CNSA 2019, analyse des comptes administratifs de 2016

La réforme du financement des établissements médico-sociaux pour personnes handicapées (ESMS-PH) a été engagée en 2013, à la suite de deux rapports conjoints de l'IGF et de l'Igas, de 2012³⁷⁸ et 2013³⁷⁹. Le second soulignait la complexité du financement et identifiait sept chantiers prioritaires³⁸⁰. Au vu de la complexité de ces chantiers, il recommandait de procéder par étapes, étalées sur sept à huit années. Il préconisait aussi d'ouvrir deux chantiers complémentaires, l'un visant à adopter pour tous les ESMS le principe d'un financement en dotation globale et l'autre visant à procéder à une refonte du système de production des indicateurs.

D'emblée programmé pour une durée longue, le chantier dit « Serafin-PH³⁸¹ » s'est révélé encore plus long puisque les échéanciers actualisés présentés en novembre 2019 et arbitrés un an après, fin 2020,

³⁷⁷ Esat : établissements et services d'aide par le travail, Mas : maisons d'accueil spécialisé, Fam : foyers d'accueil médicalisé, IME : instituts médico-éducatifs, Itép : instituts thérapeutiques et éducatifs.

³⁷⁸ « Établissements et services pour personnes handicapées, offre et besoins, modalités de financement », Igas et IGF, octobre 2012.

³⁷⁹ Mission d'assistance – modernisation de l'action publique « Réforme de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées », Igas et IGF, juillet 2013.

³⁸⁰ Création d'un outil partagé de mesure des besoins, création d'un outil partagé de description des prestations, mise en place d'une consolidation de la dépense de santé, passage au tarifificateur unique, construction du ou des modèles d'allocation des ressources, conduite d'étude nationales de coûts, enfin simulation de l'impact de la réforme et de son mode de déploiement.

³⁸¹ Acronyme pour « Services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées ».

prévoient un déploiement à partir de 2024, après des expérimentations programmées en 2022. À fin 2020, une nomenclature indicative des « besoins et des prestations » avait été adoptée, mais l'objectif initialement prioritaire « de création d'un outil partagé de mesure des besoins » n'est pas identifié parmi les arbitrages à venir.

C - Une meilleure connaissance de l'activité

Pour les quatre domaines, les chantiers, encore en cours, ont cependant favorisé des progrès dans la connaissance de l'activité et des coûts, ainsi que la sélection d'indicateurs de qualité pertinents.

1 - Le recueil de données et la diffusion d'outils

Des progrès ont été réalisés au cours des dernières années améliorant la connaissance de l'activité des quatre secteurs, notamment :

- la fiabilisation progressive du recueil et des données du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) dans le champ des établissements de santé (SSR et psychiatrie) ;
- la réalisation de classifications des actes, en SSR, quoique perfectibles ou encore contestées, ainsi que des nomenclatures des besoins des personnes handicapées et des prestations qui leur sont destinées ;
- l'extension du recueil des données aux dépenses réalisées par les départements (tarifs dépendance) pour le secteur des personnes âgées et le chainage avec les dépenses réalisées « en ville »³⁸².

Des enquêtes de coûts, relativement lourdes, ont également été menées par l'Agence technique pour l'information hospitalière (ATIH)³⁸³. Les données recueillies ont permis d'établir des référentiels utilisables pour

³⁸² Mais pas encore pour le secteur des personnes handicapées. Un décret de mars 2018 autorise à décrire de manière plus exhaustive l'activité et la consommation de soins dans les établissements ou services médico-sociaux, permettant de fait l'extension de l'outil dit « Resid-Ehpad » au reste des ESMS. Mais l'outil n'est pas encore disponible, sa réalisation ayant été plusieurs fois reportée.

³⁸³ L'Agence a mené ces enquêtes d'abord pour les SSR depuis 2009, puis pour la psychiatrie, à partir de 2016, et également pour les Ehpad et les ESMS accueillant des personnes handicapées (depuis 2015).

mieux connaître la formation des coûts. Ils révèlent l'importance relative des coûts indirects, liés aux transports ou à l'usage des locaux³⁸⁴.

2 - La définition d'indicateurs de qualité

Des financements incitatifs à la qualité des soins ont d'abord été introduits progressivement entre 2012 et 2015 dans le champ MCO, sous une forme expérimentale, à l'initiative de la Haute autorité de santé (HAS) et du ministère chargé de la santé. Un impact positif a pu être identifié sur les indicateurs de qualité retenus, même s'il était relativement limité³⁸⁵. Cette « incitation financière à l'amélioration de la qualité » (Ifaq), généralisée depuis 2016 au MCO et à l'hospitalisation à domicile, a été étendue aux activités SSR en 2017. Elle devait l'être aussi au secteur de la psychiatrie à partir de 2020, mais les travaux, retardés par la crise sanitaire, n'ont pas encore abouti.

La dotation Ifaq est calculée en fonction du niveau et de l'évolution, quand elle est disponible, de certains indicateurs de qualité³⁸⁶. Même si les travaux relatifs à la mesure de la satisfaction des usagers et de leurs familles ont progressé³⁸⁷, l'ensemble du dispositif reste encore en deçà des ambitions initiales, tant dans les montants effectivement alloués, malgré leur progression ces dernières années, que dans les éléments pris en compte, puisqu'ils ne comprennent toujours pas d'indicateurs de résultats sanitaires, pourtant décisifs pour accompagner la transformation des pratiques. Ces indicateurs restent également à développer dans le champ des établissements sociaux et médicosociaux.

³⁸⁴ Dans le cas des ESMS-PH, l'analyse des comptes administratifs de 2016 a ainsi montré que seule la moitié environ des coûts étaient des coûts directs, les coûts de transport ou de logistique représentaient deux-tiers des charges indirectes.

³⁸⁵ Bilan de l'expérimentation incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq) : vers un modèle de généralisation, A. Fourcade *et al.*, « Journal de gestion et d'économie médicales », 2017.

³⁸⁶ 60 % de la rémunération provient du niveau de l'indicateur et seuls sont rémunérés les établissements figurant dans les 70 % les meilleurs de leur classe. 40% provient de l'évolution de l'indicateur et seuls sont rémunérés 70 % des établissements qui progressent ou restent stables (arrêté du 18 juin 2019). La LFSS pour 2019 prévoit des pénalités financières pour les établissements ne parvenant pas à un seuil minimal pour certains indicateurs mais le décret d'application n'a pas encore été publié.

³⁸⁷ Une expérimentation a été réalisée pour les soins de suite et de réadaptation. Ils restent à développer pour les Ehpad et les établissements accueillant des personnes handicapées.

II - Des retards pénalisants

Faute de mises en œuvre opérationnelles des réformes, les modalités de financement historiques ont perduré, à l'exception du secteur des Ehpad (la mise en œuvre d'une tarification paramétrée en fonction de la sévérité des cas pourrait y être achevée rapidement). Or les effets pervers induits, souvent sous-estimés, entravent le déploiement de la stratégie de mobilisation et de gradation de l'offre de soins (A) ou de réorientation vers des soins plus « inclusifs » (B). Des modalités renouvelées de pilotage des réformes sont dès lors indispensables, pour les mener à bien (C).

A - Une lourdeur des prises en charge à mieux prendre en compte

1 - L'intérêt d'une mesure du besoin en soins

L'objectif principal assigné aux réformes de financement est d'allouer les ressources en fonction des besoins de soins. Cela suppose donc d'être capable de mesurer ceux-ci, de manière individualisée pour chaque patient ou groupes de patients³⁸⁸ (avec des « coupes » périodiques³⁸⁹, selon le dispositif retenu pour les Ehpad³⁹⁰).

Pour le secteur des SSR, des « groupements médico-économiques » (ou GME) ont été établis, à partir du diagnostic médical mais aussi du niveau d'autonomie et de l'intensité de la rééducation et réadaptation nécessaires. Mais leur utilisation dans les mécanismes de financement est encore très réduite.

Dans les établissements de psychiatrie, le projet de réforme prévoit qu'une partie des financements dépendrait de l'activité, appréciée de manière uniforme par grands types de structures (centres de crise, services intra-hospitaliers, ambulatoire, ...). Mais rémunérer de la même manière les séjours des patients, sans tenir compte de la sévérité relative des cas, risque d'inciter les établissements à choisir les patients les plus légers, au détriment des cas les plus lourds. Dès lors, l'objectif de soins gradués, qui vise à faire correspondre à chaque niveau de besoins de soins un niveau de prise en charge, se trouverait compromis.

³⁸⁸ Une telle mesure revêtant d'ailleurs un intérêt thérapeutique incontesté, les « évaluations fonctionnelles » étant à la base des plans individualisés de traitement déployés dans le secteur sanitaire comme dans le secteur médico-social.

³⁸⁹ C'est-à-dire une évaluation des besoins des résidents à une date donnée.

³⁹⁰ Le renforcement de la prise en compte des besoins dans les modalités de financement des Ehpad a en effet accompagné la progression de la dépendance des résidents hébergés.

De même pour les ESMS accueillant des personnes handicapées, le risque de sélection des patients ne peut être écarté. Seule une description individualisée de l'importance des besoins en soins peut le prévenir ou le réduire. Ce risque apparaît ainsi nettement plus faible pour les personnes âgées grâce aux évaluations avec les grilles Aggir et Pathos, sous réserve qu'elles soient effectuées fréquemment.

2 - Une moindre pertinence des soins

Un financement qui ne tient pas compte des besoins des patients engendre un risque accru d'affecter la pertinence des soins.

En SSR, pour lesquels le financement est indépendant des besoins en soins des patients, une part significative des hospitalisations complètes serait inadéquate, selon les études disponibles. L'assurance maladie estimait qu'en 2012, près de 18 % des séjours en SSR pour prothèse du genou et 13 % pour prothèse de hanche étaient évitables, alors que ces séjours représentaient près de 10 % de l'activité des SSR³⁹¹.

Dans une étude interne relative à des établissements du groupe Ugecam³⁹², la Cnam a estimé que 27 % en moyenne des journées des onze établissements SSR étudiés étaient non pertinentes en 2018. L'inadéquation du séjour aurait pu être souvent constatée dès l'admission du patient (ainsi, 22,5% des journées au titre de l'appareil locomoteur étaient non pertinentes, du fait d'un recours insuffisant aux prises en charge à domicile ou en hospitalisation de jour en SSR)³⁹³.

Une tarification, fondée sur une appréciation de la sévérité, est de nature à rendre le recours aux soins de SSR plus pertinent, en réduisant par exemple fortement la rémunération des séjours pour les cas dont la sévérité permet un traitement à domicile³⁹⁴.

³⁹¹ Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2015, Cnam, 2014.

³⁹² Les Ugecam sont des unions de caisses d'assurance maladie, gestionnaires d'établissements et services sanitaires et médicosociaux. Elles sont pilotées par la Cnam, au sein de la direction nationale du Groupe Ugecam.

³⁹³ Une autre source d'inadéquation, sans lien avec la tarification SSR, est liée à la difficulté de sortie des patients. Ainsi, 33% des journées (adultes et enfants confondus) en neurologie s'avèrent non pertinentes, essentiellement du fait de l'indisponibilité de structures d'aval et d'aides pour l'organisation de la vie quotidienne à la sortie.

³⁹⁴ Il convient toutefois de veiller à ce que les établissements ne soient pas tentés de surcoder les besoins en soins des patients.

3 - Des soins plus coûteux dans le public, des niveaux de rentabilité singuliers dans le privé

D'un côté, une tarification en dotation globale, sans pondération de la sévérité des prises en charge, comme c'est encore le cas pour les établissements publics en SSR et psychiatrie et pour les établissements accueillant des personnes handicapées³⁹⁵, n'incite pas à optimiser les coûts des séjours au regard de l'objectif thérapeutique.

L'exemple des SSR permet de l'illustrer. Le plus faible nombre de journées réalisées par ETP dans le public par rapport au secteur privé non lucratif et lucratif (respectivement 272, 327 et 408 sur les données de l'année 2017) peut s'expliquer à la fois par une patientèle plus sévère dans le public que dans le privé et par des modes d'organisation différents (y compris en terme d'externalisation de certaines tâches). Toutefois, une analyse des coûts recueillis par les enquêtes nationales montre que les établissements financés par des dotations globales (notamment publics) ont des coûts supérieurs pour la plupart des groupes de la classification actuelle, qui tient déjà pour partie compte de la sévérité des cas (GME). Et cette différence de coût persiste, même si l'on intégrait en complément l'écart de sévérité moyenne des patientèles respectives du public et du privé³⁹⁶ pour un même GME, suggérant que les questions d'organisation jouent un rôle significatif dans ces différences de coûts.

De l'autre, une tarification en prix de journées, sans pondération de la lourdeur des prises en charge, comme c'est le cas aujourd'hui pour le secteur privé à but lucratif aussi bien en SSR qu'en psychiatrie, n'est pas favorable à la pertinence globale des soins, notamment en n'incitant pas les établissements à maîtriser la durée des séjours.

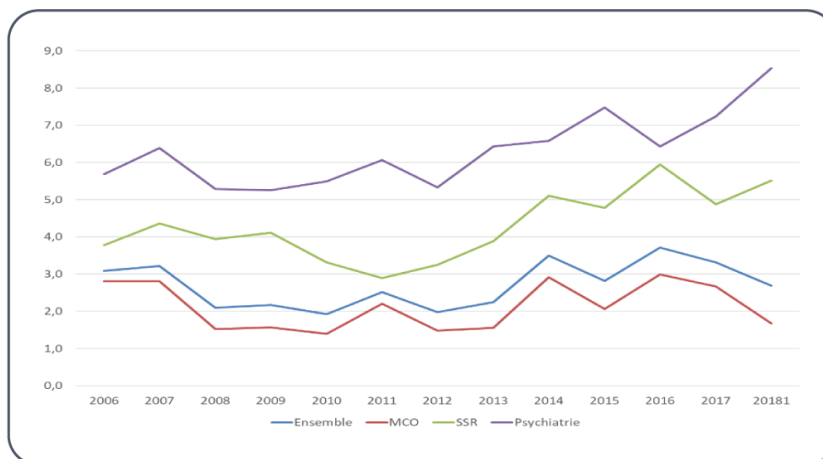
L'évolution très favorable de la rentabilité du secteur privé à but lucratif, financé en prix de journées, paraît confirmer ce risque³⁹⁷.

³⁹⁵ Et, partiellement encore, pour les Ehpad tant que la réforme n'est pas totalement achevée.

³⁹⁶ La différence de patientèle, telle que mesurée par l'âge, le score physique et cognitif, le besoin de recours à des actes de rééducation et de réadaptation ou la part de séjour post opératoire, ne permettent d'expliquer qu'environ un quart de l'écart de coût des GME, entre les secteurs financés en prix de journée et ceux financés en dotation globale.

³⁹⁷ On relève que le niveau moyen de rentabilité dépasse en 2018 le seuil de 8 %, qui sert de référence indicative à la Commission européenne pour apprécier le risque de « surcompensation » des charges liées à l'intérêt général, dans le cadre du régime des Services d'intérêt économique général (SIEG), retenu pour les établissements sanitaires privés à but lucratif par l'article 111 de la loi du 26 janvier 2016.

Graphique n° 14 : le niveau élevé de la rentabilité des cliniques



Source : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2018, traitements Drees

Note : en % du chiffre d'affaires. Champ : cliniques privées de France métropolitaine et des Drom (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte) présentes dans la SAE.

B - Des dotations populationnelles à perfectionner

Les dotations populationnelles

En janvier 2019, les équipes du ministère des solidarités et de la santé en charge de la réforme du financement du système de santé ont proposé³⁹⁸ de diminuer la part relative des financements assis sur l'activité, en donnant

une part importante à des dotations globales fondées sur des critères objectifs, dits « populationnels », et non plus historiques.

Ces dotations de l'assurance maladie représenteraient selon les présentations faites aux fédérations environ 80 % du financement des établissements du service public autorisés en psychiatrie³⁹⁹ et 30 % de celui de tous ceux autorisés en SSR.

³⁹⁸ « Les réformes des modes de financement et de régulation, vers un modèle de paiement combiné, Jean-Marc Aubert, Task Force « Réforme du financement du système de santé », janvier 2019.

³⁹⁹ En revanche, les parts relatives des deux dotations, à l'activité ou populationnelle, seraient quasi inversées pour le secteur privé à but lucratif par rapport celles envisagées pour le secteur public.

Ce mode de répartition présente des avantages pour ce qui concerne un premier niveau de répartition, entre les régions ou même en leur sein entre territoires (1). À ce stade, cependant, les modalités plus fines d'attribution des dotations aux établissements, paraissent encore pour une part indéterminées (2).

1 - La volonté de réduire des inégalités territoriales

Dans les deux domaines des SSR et de la psychiatrie, la répartition territoriale de l'offre de soins est très inégale, qu'elle soit mesurée par le nombre de lits ou places ou par la dépense de soins en établissements, rapportée au nombre d'habitants. Pour les établissements de santé mentale, cette dépense varie de 116 euros en région Pays de la Loire à 160 euros par an et par habitant en Corse⁴⁰⁰. Cette inégalité des moyens est aussi vraie pour les SSR, comme en témoigne la carte présentée ci-après.

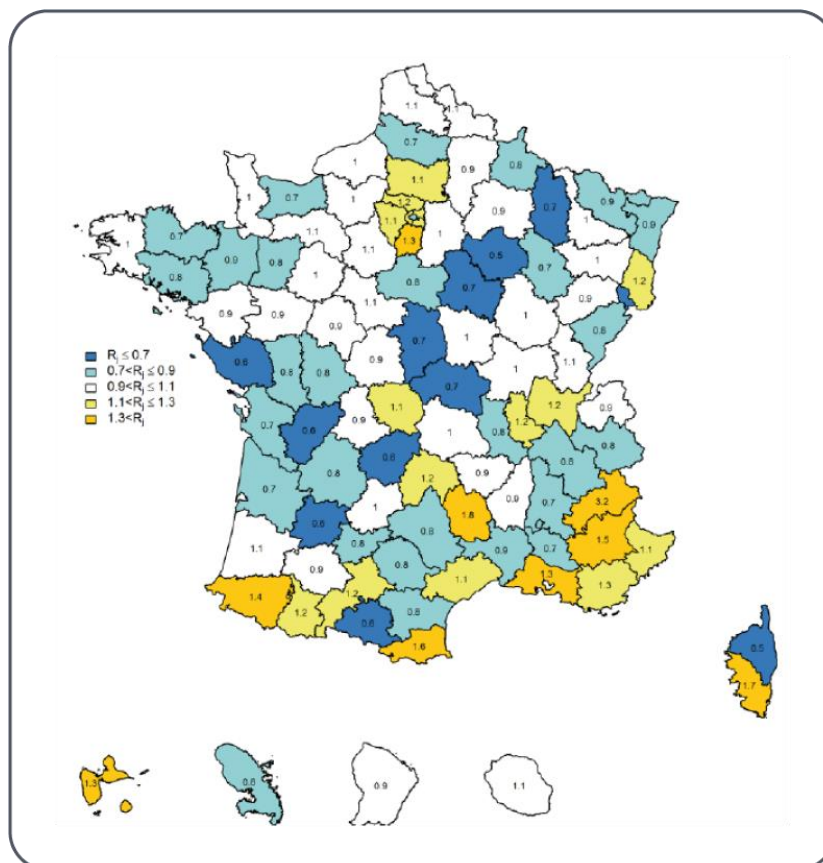
Selon le code de la sécurité sociale, la dotation populationnelle a notamment « *pour objectif de réduire progressivement les inégalités dans l'allocation de ressources entre les régions* »⁴⁰¹. Sa répartition entre régions doit s'effectuer selon des critères sociaux et démographiques qui reflètent les besoins de la population et les caractéristiques de l'offre des territoires⁴⁰².

⁴⁰⁰ Cf. rapport précité de la Task Force « Réforme du financement du système de santé », janvier 2019.

⁴⁰¹ Article L. 162-22-18 (I) du code de la sécurité sociale, introduit par l'article 34 de la LFSS pour 2020, qui précise les modalités pour la psychiatrie. Il prévoit également une phase de transition. Selon les simulations présentées, la trajectoire retenue visait à corriger la moitié des écarts en cinq années.

⁴⁰² Plusieurs simulations ont été faites déjà pour la psychiatrie, tenant compte notamment de la structure par âge, des revenus, du type de logement. Une correspondance globalement satisfaisante avait été mise en évidence entre les besoins de santé mentale et de soins en psychiatrie avec ce type d'indicateurs ; cf. « Modelling Needs for Mental Healthcare from Epidemiological Surveys », Viviane Kovess, *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 2015, Volume 11 3.

Carte n° 1 : inégalités de répartition des capacités d'accueil en SSR (2016)



Source : Insee, SAE 2016 Drees, PMSI-SSR 2016, ATIH, calculs Drees. Lecture : rapports entre les densités départementales standardisées de capacités d'accueil en SSR et la densité nationale, en 2016. Champ : France métropolitaine et Drom, hors SSA, Mecs temporaires, établissements de Fresnes et de cures thermales

S'agissant des SSR, ce n'est que depuis juin 2020 que le choix a été fait de réserver une part relativement importante à une dotation populationnelle. À ce stade, toutefois, des méthodes d'appréciation des besoins en soins, équivalentes à celles utilisées pour la psychiatrie, ne sont pas encore disponibles.

Pour les ESMS, le rapport d'évaluation et de performance de la branche « autonomie », annexé au PLFSS pour 2021 montre également

l'importance des écarts entre régions⁴⁰³. La loi prévoit une réduction des inégalités d'allocation des ressources entre régions et entre établissements et services de mêmes catégories⁴⁰⁴. Mais faute de critère précis, ces dispositions sont peu utilisées par les ARS pour les personnes handicapées⁴⁰⁵, comme l'a encore récemment souligné un rapport de la Commission des affaires sociales du Sénat⁴⁰⁶. En tout état de cause, elles ne portent chaque année que sur la répartition des mesures nouvelles, représentant (pour le secteur des personnes âgées) de l'ordre de 1% des financements attribués au secteur.

2 - Un outil d'orientation fine des financements encore en devenir

Une fois réparties entre régions, les dotations populationnelles sont censées être réparties entre les établissements : pour la psychiatrie⁴⁰⁷, la loi a précisé qu'il convenait également de « *tenir compte de la contribution de l'établissement à la réponse aux besoins de santé du territoire tels que définis dans le projet territorial de santé mentale* ».

Mais la méthodologie d'affectation fine des dotations et l'éventuel conditionnement de leur attribution à la couverture, par les établissements, de besoins fixés par ailleurs (notamment par le projet territorial de santé mentale, visé par la loi) posent des questions complexes⁴⁰⁸. Les ARS ne peuvent, chacune isolément, inventer ces formules nouvelles et ainsi passer d'une répartition passive des ressources aux établissements, fondée exclusivement sur une évaluation paramétrique des besoins, à une vision plus structurée, qui positionne au bon niveau, en termes de qualité et d'efficience, l'offre de soins en établissement parmi l'ensemble des solutions que le système de santé peut apporter aux besoins de la population.

Pour satisfaire ce besoin de cohérence, il est nécessaire qu'un cadre national précise la manière de concilier l'application de critères automatiques

⁴⁰³ La dispersion des dépenses moyennes pour 1000 habitants des ESMS destinés aux adultes handicapés n'était que de 14 % autour de la moyenne nationale, mesurée pour les régions, mais atteignait jusqu'à 121 % pour les départements.

⁴⁰⁴ Article L. 314.3 (II) du code de l'action sociale et des familles.

⁴⁰⁵ Cependant, pour les personnes âgées, la mise en œuvre de critères d'allocation homogènes à travers l'équation tarifaire a pour objet de tendre vers une équité entre établissements.

⁴⁰⁶ Rapport d'information sur le financement de l'accompagnement social des personnes handicapées, octobre 2018 (rapporteur M. Philippe Mouiller).

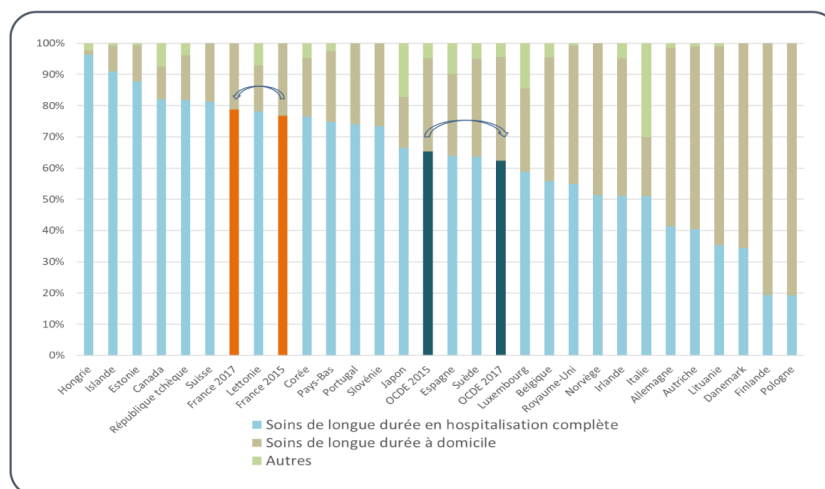
⁴⁰⁷ Article L. 162-22-19.-I. du CSS pour la seule psychiatrie.

⁴⁰⁸ La loi ajoute « 2° (et) tenant compte de l'activité de l'établissement et, le cas échéant, des missions spécifiques qu'il assure ou auxquelles il participe ».

et l'intégration d'objectifs plus qualitatifs, tenant notamment aux objectifs de transformation de l'offre, visant à des soins gradués et plus inclusifs. La fixation d'un tel cadre paraît d'autant plus indispensable que la loi de financement a prévu pour la psychiatrie, selon un dispositif étendu par décret aux SSR et aux structures d'urgence, que les critères mis en œuvre par les ARS soient soumis aux représentants des fédérations professionnelles au sein d'un comité consultatif d'allocation des ressources⁴⁰⁹.

À défaut d'orientations incitant à la transformation de l'offre de soins, le risque est de pérenniser le statu quo. Si de telles références n'étaient pas fixées, le risque paraît réel que la France reste à l'écart d'un mouvement désormais engagé de manière nette dans les pays de l'OCDE. Comme le montre le graphique qui suit, alors que la part de soins en établissements dans l'ensemble des soins de longue durée avait décliné en moyenne de trois points pour les pays de l'OCDE, de 2015 à 2017 (dernière période d'analyse connue), elle avait augmenté de deux points en France.

**Graphique n° 15 : dépenses de soins de longue durée
selon le lieu de prestation des soins**



Champ : régimes d'assurance publics et obligatoires (données 2017, avec en outre la donnée 2015 de référence pour la moyenne OCE et pour la France) Source : OCDE.

⁴⁰⁹ Le décret n° 2021-216 du 25 février 2021 relatif à la réforme du financement des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation et portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé crée un comité consultatif d'allocation des ressources relatif aux activités d'urgence, de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation des établissements de santé.

*
**

Au total, l'inflexion des chantiers de financement dans le sens des priorités stratégiques fixées par les pouvoirs publics suppose encore des travaux complémentaires, pour un enrichissement des modèles par des outils de mesure du besoin individuel en soins, et pour décrire la cible d'offre graduée vers laquelle chaque territoire devrait converger.

Pour autant, il ne paraît pas justifié de différer, dans l'attente, la mise en œuvre de réformes déjà votées et déjà plusieurs fois reportées. Ce serait regrettable, compte tenu du caractère insatisfaisant des systèmes actuels d'allocation des financements. Une solution pourrait donc être de poursuivre une application progressive des réformes, avec un palier par exemple en 2024, date à laquelle seraient intégrés les compléments indispensables.

C - Un pilotage à affirmer et à rendre plus transversal

Pour mener à bien des chantiers tarifaires, beaucoup dépend des impulsions politiques, dans un contexte, peu fréquent en Europe, de coexistence entre établissements publics, établissements privés non lucratif et établissements privés à but lucratif, aux intérêts souvent contradictoires. Les arbitrages en sont rendus plus difficiles. La priorité donnée à la concertation ne doit toutefois pas prendre le pas sur la volonté d'aboutir. La conduite des projets doit avoir pour but d'éviter leur enlisement progressif sous l'emprise du jeu des intérêts contradictoires des différentes parties prenantes concernées. Une meilleure organisation de la conduite de ces chantiers constitue également un facteur important de réussite.

Une pratique de concertation à clarifier, des impacts à mieux anticiper

Le principe retenu pour chacun des chantiers de réforme du financement est de rechercher le consensus le plus large, à travers une « co-construction » avec les utilisateurs ou bénéficiaires futurs.

Mais la concertation qui en découle est organisée sans que soient présentés aux parties prenantes, en particulier aux fédérations d'établissements ou aux associations de personnels, des projets cohérents et complets. Cette pratique présente en conséquence l'inconvénient de n'être encadrée, ni dans son calendrier, qui a été souvent glissant, ni dans son périmètre, qui est souvent resté flou. La frontière entre ce qui est soumis à concertation et ce qui constitue un

« prérequis » ou un point connexe, non discutable, est difficile à discerner et souvent évolutive. Le périmètre des débats demeure large et diversifié, les objectifs des réunions n'étant pas toujours clairement identifiés. La multiplication des consultations conduit alors à fractionner les sujets, limitant la possibilité pour les acteurs d'avoir une vision d'ensemble et augmentant le risque de prises de position peu cohérentes.

Parallèlement, les effets prévisibles des réformes ont en général fait l'objet de simulations trop tardives (nettement après les dispositions législatives décidant des réformes) et souffrant d'incertitudes résiduelles importantes⁴¹⁰. Or, comme l'a montré en particulier la réforme tarifaire des Ehpad, une connaissance précise de l'incidence des réformes sur les établissements est un élément décisif sur sa faisabilité effective.

Par ailleurs, sous l'égide du secrétariat général des ministères sociaux, une meilleure coordination des différents chantiers, qu'ils soient de nature financière ou non, est indispensable pour atteindre les objectifs souhaités par les pouvoirs publics, d'amélioration de la réponse aux besoins de santé des personnes.

D'une part, il faut rappeler que les patients peuvent successivement relever des différents secteurs de prise en charge. Il conviendrait notamment que les aides et l'accompagnement apportés aux personnes dans le secteur médico-social soient globalement les mêmes, rapportés aux coûts, quelles que soient les modalités choisies. Le niveau insuffisant des aides à domicile après un séjour en établissement pour les cas les plus sévères est ainsi souvent signalé comme un obstacle à la fluidité des parcours de soins des personnes.

D'autre part, le risque est que les modèles de financement soient rendus excessivement complexes⁴¹¹, alors que les effets incitatifs recherchés pourraient être portés par d'autres leviers de régulation, comme les autorisations d'activité ou la politique contractuelle avec les

⁴¹⁰ Par exemple, dans le champ sanitaire, quant aux effets conjoints de la réforme engagée en parallèle du ticket modérateur ; ou quant aux effets des réformes sur les résultats des établissements.

⁴¹¹ C'est le cas de la réforme du financement en psychiatrie, à laquelle il a été envisagé en 2020 d'ajouter à la fois des incitations dégressives complexes, calculées en fonction de la durée d'hospitalisation à temps complet sur l'année, et des majorations tarifaires pour favoriser les soins effectués au domicile des patients ou pour le suivi de troubles sévères en ambulatoire. En dépit de leur pertinence théorique, il paraîtrait nécessaire de réduire la complexité potentielle induite, en s'assurant par ailleurs de la cohérence de ces mesures avec les évolutions prévues du régime des autorisations d'activité.

établissements. Il s'agit d'ailleurs d'une question globale d'efficacité comparée des divers leviers dont disposent les autorités pour obtenir une inflexion des pratiques des établissements, qu'il s'agisse des autorisations, du contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM) ou des modalités de financement⁴¹². Le ministère ne semble pas disposer de doctrine claire en la matière même si des possibilités nouvelles ont été ouvertes récemment⁴¹³. Il conviendrait donc de procéder, dans chacun des domaines en cours de réforme, à la détermination *a priori* des leviers à utiliser de préférence pour atteindre chacun des objectifs visés.

⁴¹² S'il s'agit, par exemple, de réduire la part des hospitalisations de longue durée inadéquates, les indicateurs associés aux CPOM, ou le régime des autorisations peuvent contribuer aux évolutions attendues, parfois mieux qu'un signal au sein du modèle de financement peu souple et peu individualisable.

⁴¹³ Il est par exemple désormais possible d'enrichir le contenu des CPOM et de leur donner une plus grande force en les liant à une possibilité de révision des autorisations.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La relance récente des réformes de financement, dans le secteur sanitaire pour la psychiatrie et les SSR, traduit la volonté de prendre en considération le caractère inadapté des règles actuelles et montre l'importance des enjeux qui s'attachent à leur réforme, tant pour la satisfaction des besoins de santé de la population, que pour le meilleur usage des financements publics.

L'objectif de soins gradués et plus pertinents suppose cependant l'intégration dans les modèles de référentiels relatifs aux besoins en soins et le recueil par les établissements des données correspondantes. L'objectif devrait être de pouvoir procéder à ces enrichissements sous trois ans, d'ici fin 2024.

Le déploiement de dotations dites populationnelles constitue un levier pour une répartition plus équitable de l'offre entre régions. Mais au sein des régions, la vocation de ces dotations doit encore être clarifiée. Un équilibre devrait être ainsi recherché entre une répartition régionale des moyens selon des critères strictement populationnels, et une répartition plus volontariste, fondée sur des schémas territoriaux, à l'instar des premiers « projets territoriaux de santé mentale ».

D'autres progrès méthodologiques sont nécessaires, qui justifieraient notamment la constitution d'une équipe dédiée de « maîtrise d'ouvrage déléguée » au sein du secrétariat général des ministères sociaux, afin de coordonner les équipes de « maîtrise d'œuvre » déjà présentes au titre des différents chantiers. Cette coordination renforcée permettrait de définir les choix des instruments de transformation de l'offre de soins à utiliser et veillerait à la cohérence des méthodes utilisées pour répondre de manière homogène au besoins du public. Un lien plus fort avec les réformes parallèles des autorisations d'activités, en cours pour les SSR et la psychiatrie, doit être également recherché.

Ces efforts de méthode devraient enfin inclure une amélioration des pratiques de concertation, trop souvent mal cadrées, en termes de périmètre comme de calendrier et insuffisamment éclairées par des simulations financières, pour éviter l'enlisement des chantiers.

Pour ces motifs, la Cour formule les cinq recommandations qui suivent :

28. *d'ici fin 2024, développer pour chacun des champs, les outils de mesure de la lourdeur des prises en charge dans l'objectif d'enrichir les modèles tarifaires correspondants (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, CNSA) ;*
29. *étendre au secteur des SSR et aux ESMS le principe législatif visant à corriger progressivement les inégalités territoriales à travers la répartition entre régions de dotations, fixées selon des critères transparents (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé) ;*
30. *mettre en place une structure transversale permanente de « maîtrise d'ouvrage déléguée », au sein du secrétariat général des ministères sociaux, en charge de la supervision et de la coordination des réformes tarifaires (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé) ;*
31. *dans une optique d'un recours plus sélectif aux incitations tarifaires, établir en amont des réformes la cartographie projetée de l'utilisation des trois principaux leviers de transformation de l'offre : autorisations, CPOM et tarifs (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé) ;*
32. *adopter un cadre méthodologique rigoureux pour les simulations financières et les concertations relatives aux projets de réforme et les insérer dans un calendrier préfixé d'une durée raisonnable (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé).*

Chapitre VIII

La dématérialisation

des prescriptions médicales :

un facteur d'efficience

du système de santé, des chantiers

ambitieux à faire aboutir

PRÉSENTATION

Les prescriptions médicales couvrent un large spectre : médicaments, dispositifs médicaux, examens notamment biologiques, transports de patients, actes d'auxiliaires médicaux et arrêts de travail pour maladie, maternité, accidents du travail ou de trajet ou maladies professionnelles. Au total, plus d'un milliard de prescriptions sont effectuées chaque année, dont plus de la moitié sont exécutées en ville.

En 2019, le montant correspondant de dépenses d'assurance maladie, hors prescriptions exécutées dans les établissements de santé, atteignait 57,2 Md€. Les prescriptions d'arrêts de travail, de dispositifs médicaux, de transport et d'actes infirmiers, lorsqu'elles sont exécutées en ville, constituent le poste le plus dynamique des dépenses d'assurance maladie.

L'assurance maladie propose aux médecins de ville, et parfois à ceux exerçant en établissement de santé, des services de prescription dématérialisée : arrêts de travail depuis 2011 ; transport de patients depuis 2017. De nouveaux services doivent voir le jour d'ici 2022 afin de couvrir également le champ des médicaments et des dispositifs médicaux, les actes des auxiliaires médicaux et ceux de biologie.

La dématérialisation des prescriptions médicales suscite de fortes attentes en termes d'amélioration de la prise en charge sanitaire des patients, d'efficience accrue des dépenses de santé et de réduction des risques d'erreurs et de fraudes au détriment de l'assurance maladie.

Fin 2021, il est attendu des médecins qu'ils dématérialisent l'ensemble des prescriptions d'arrêts de travail ; il en sera de même, d'ici fin 2024, des autres prescriptions exécutées en ville. Ces évolutions s'inscrivent dans un cadre plus global : le virage numérique en santé, qui est l'un des volets du plan gouvernemental « Ma santé 2022 », annoncé à l'automne 2018⁴¹⁴.

Alors que les échéances d'entrée en vigueur de ces obligations sont proches, la Cour a souhaité dresser un état des lieux de la dématérialisation des prescriptions. Malgré des apports potentiellement considérables, elle connaît un développement encore limité en France, notamment par rapport à la plupart de ses voisins s'agissant des médicaments (I). Pour que nos systèmes de santé et d'assurance maladie bénéficient pleinement des multiples apports de la dématérialisation, les chantiers à mener à bien sont très conséquents et dépassent pour partie ceux aujourd'hui engagés (II).

⁴¹⁴ Les obligations correspondantes découlent de la loi n° 2017-774 du 24 juillet 2019 sur l'organisation et la transformation du système de santé.

I - De fortes attentes à l'égard de la dématérialisation des prescriptions, mais un développement encore limité en France

L'émission dématérialisée de données de prescription codées par un professionnel de santé est l'un des quatre services socle prévus par la feuille de route du numérique en santé arrêtée par le Gouvernement, avec le dossier médical partagé du patient (DMP), les messageries sécurisées des professionnels de santé et des services numériques territoriaux de coordination de parcours.

Dans le cadre de cette feuille de route, les services socle prendront appui sur des référentiels socle, notamment les identifiants des assurés, des professionnels et des établissements de santé. Ils alimenteront d'une part, l'espace numérique de santé (ENS), censé permettre à partir de 2022 à chaque usager d'accéder à des services pour partie à créer⁴¹⁵, et, d'autre part, le bouquet de services pour les professionnels de santé, constitués autour des services de l'assurance maladie (Ameli).

Afin de concrétiser le virage numérique, la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé a instauré une obligation de dématérialisation des arrêts de travail à partir de fin 2021 et l'ordonnance n° 2020-1408 du 18 novembre 2020, prise pour son application, une obligation de dématérialisation des autres prescriptions médicales, en ville ou en établissement, qui sont exécutées en ville au plus tard le 31 décembre 2024. Le champ de cette obligation couvre les examens par un médecin spécialiste dans le cadre du parcours coordonné de soins, les actes d'auxiliaires médicaux et de biologie médicale, ainsi que les prescriptions de médicaments et de dispositifs médicaux. Les textes d'application, précisant le champ exact et le calendrier d'entrée en vigueur de ces obligations de dématérialisation, n'ont toutefois pas été pris à ce jour.

La dématérialisation des prescriptions médicales pourrait procurer des gains d'efficacité considérables à nos systèmes de santé et d'assurance maladie, mais elle connaît encore un développement limité, qui, s'agissant des médicaments, distingue la France de la plupart de nos voisins.

⁴¹⁵ L'ENS comprendra notamment le DMP, une messagerie sécurisée pour échanger avec les professionnels et établissements de santé et des accès à des services de télésanté.

A - Des apports de la dématérialisation des prescriptions potentiellement considérables

Les apports de la dématérialisation des prescriptions concernent quatre champs distincts : la qualité et la sécurité des soins aux patients, l'efficacité des dépenses de santé, la lutte contre les erreurs et fraudes et les gains de productivité. À la connaissance de la Cour, l'assurance maladie et le ministère de la santé n'ont cependant pas effectué d'étude d'ensemble permettant d'apprécier les gains possibles sur ces différents champs⁴¹⁶. À ce stade, ces gains restent, au demeurant, pour l'essentiel à réaliser.

1 - La qualité et la sécurité des soins aux patients

La dématérialisation permettra de mettre fin aux prescriptions perdues ou endommagées, et de réduire les erreurs éventuelles de médication, en faisant disparaître les difficultés de lecture inhérentes aux ordonnances papier.

Les prescriptions dématérialisées alimenteront automatiquement le dossier médical partagé (DMP), ainsi que le dossier pharmaceutique du patient (DP). La loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique (Asap) a prévu l'ouverture automatique d'un dossier médical partagé (DMP) pour chaque patient, sauf opposition de ce dernier, ainsi que celle, dans les mêmes conditions, du dossier pharmaceutique (DP). Le DMP doit regrouper l'ensemble des informations relatives aux traitements en cours et passés, ce qui est loin d'être le cas aujourd'hui ; les prescriptions dématérialisées contribueront à enrichir son contenu.

La consultation du DMP par les médecins de ville ou hospitaliers avant de nouvelles prescriptions ou interventions favorisera la cohérence du parcours de soins et la réduction des risques de iatrogénie, par la prévention et la détection de certaines incompatibilités de prescription (interactions médicamenteuses, allergies, etc.). Des procédés automatisés implantés dans les logiciels de prescription des médecins pourraient également y contribuer.

⁴¹⁶ L'étude d'impact de la loi de 2019 mentionne une économie annuelle de 20 M€ pour l'assurance maladie, mais ce montant vise uniquement la réduction des erreurs et des fraudes et des frais de fonctionnement interne. Il apparaît très modeste.

Les prescriptions dématérialisées auront d'autant plus d'intérêt pour les patients si, comme le prévoit la feuille de route gouvernementale du numérique en santé, ceux-ci peuvent progressivement accéder à des services à valeur ajoutée à partir de leurs espaces numériques en santé personnels, dont l'ouverture est prévue en 2022 : alertes, applications numériques développées par les éditeurs de logiciels et les start-ups, applications et dispositifs médicaux connectés développés par les industriels (permettant par exemple de suivre le rythme cardiaque ou le taux de glycémie dans le sang).

2 - Une efficience accrue des dépenses de santé

Pour réaliser une prescription dématérialisée des médicaments, le médecin doit être muni d'un logiciel d'aide à la prescription (Lap), conforme au référentiel fixé par la Haute autorité de santé et agréé par un organisme certificateur.

L'utilisation de ce type de logiciel facilite le codage des données prescrites par le médecin, ce qui est de nature à permettre la prescription en dénomination commune (DC)⁴¹⁷, et non en nom de marque, de tous les médicaments, quel que soit le lieu d'exercice des médecins (ville, hôpital, établissements médico-sociaux). Malgré sa relative ancienneté (depuis 2009 pour les médicaments génériques et 2015 pour les princeps), l'obligation de prescription en DC est souvent inappliquée.

La prescription dématérialisée de médicaments pourrait favoriser une prescription accrue de médicaments génériques, alors que le développement de l'usage des génériques en France est moindre que dans d'autres pays européens (une boîte délivrée sur trois contre quatre sur cinq au Royaume-Uni) et qu'il repose principalement sur la substitution par le pharmacien du médicament princeps prescrit par le médecin.

Par ailleurs, la dématérialisation des prescriptions doit fournir à l'assurance maladie des données dont elle ne dispose pas à ce jour, de manière globale mais aussi détaillée par prescripteur. Pour ce qui concerne les médicaments, il s'agit de la posologie et de la durée des traitements. Ces informations inédites pourraient permettre à l'assurance maladie d'affiner les actions de maîtrise médicalisée des dépenses.

⁴¹⁷ En application de l'article R. 5125-55 du code de la santé publique, la prescription en DC comporte le principe actif du médicament désigné par sa DC, le dosage en principe actif, la voie d'administration et la forme pharmaceutique (comprimé, gélule...).

S'agissant des arrêts de travail, la prescription dématérialisée permet à l'assurance maladie de mieux appréhender leurs motifs. En effet, les motifs des arrêts de courte durée n'ont pas à être renseignés sur les ordonnances papier et cette information n'est pas toujours renseignée pour les arrêts de longue durée.

En outre, dans le téléservice de prescription dématérialisée des arrêts de travail maladie et maternité ouvert aux médecins prescripteurs par l'assurance maladie en 2011, la liste des motifs d'arrêt, comportant une durée indicative pour les principales pathologies courantes, validée par la HAS, a été enrichie en 2019. Il s'agit de fournir aux médecins des références externes pertinentes pour dialoguer avec leurs patients. La Cour a préconisé que lorsque les pratiques de prescription s'écartent de manière significative de ces durées indicatives, les médecins concernés soient contraints de motiver ces dépassements. Lorsque cette justification s'avère insuffisante, il est également prévu que la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) qui leur est versée soit réduite⁴¹⁸.

3 - La réduction des erreurs et des fraudes affectant la prise en charge des frais de santé

La prescription dématérialisée supprime certains risques d'irrégularités et de fraudes⁴¹⁹ : l'absence de prescription ; la surcharge ou la réutilisation à plusieurs reprises d'une même ordonnance, pour obtenir par exemple les mêmes médicaments ou dispositifs médicaux, dans plusieurs pharmacies différentes ; l'antidatage des prescriptions, en dehors même d'une situation d'urgence, par rapport à la date de la réalisation des actes, des biens et des prestations rendues. Comme la Cour l'a montré, cette dernière situation affecte un grand nombre de prescriptions de transports⁴²⁰.

⁴¹⁸ Voir Cour des comptes, « Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail », in *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2019, p. 137-174, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁴¹⁹ À moins d'une collusion entre tout ou partie des trois acteurs concernés : assuré, médecin prescripteur et professionnel prescrit.

⁴²⁰ Voir Cour des comptes, « Les transports programmés dans les secteurs sanitaires et médico-social : des enjeux à mieux reconnaître, une régulation à reconstruire », in *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2019, p. 249-284, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

En outre, le professionnel qui exécute la prescription ne peut la modifier sans justification (substitution d'un médicament à un autre).

Par ailleurs, la dématérialisation des prescriptions intègre des contrôles automatisés de données par rapport à des référentiels de l'assurance maladie (données relatives aux patients), qui écartent d'emblée des anomalies de prise en charge (catégorie administrative de l'assuré et taux de prise en charge).

De manière générale, les divergences entre les facturations et les prescriptions qui en sont à l'origine représentent une grande partie des erreurs, volontaires ou non, qui affectent les prises en charge de frais de santé par l'assurance maladie. En 2020, selon la Cnam, ces erreurs auraient représenté 2,4 % du montant des prestations versées, soit 1,9 Md€, pour l'essentiel au détriment de l'assurance maladie ; ces niveaux sont cependant sous-évalués⁴²¹. La dématérialisation est de nature à les réduire.

Alors qu'une indemnité journalière sur 12 nouvellement attribuée est affectée par une erreur de portée financière⁴²², majoritairement au détriment de l'assurance maladie, l'avis d'arrêt de travail (AAT) dématérialisé permet une meilleure maîtrise des risques externes et internes : réduction des erreurs dans le remplissage des AAT, amélioration des délais (routage automatique) et des circuits entre service médical et service administratif facilitant la liquidation et le contrôle des prestations.

4 - Des gains de productivité pour l'assurance maladie et les professionnels de santé

Pour l'assurance maladie, la dématérialisation des prescriptions permet de réduire les signalements affectant les facturations adressées par les professionnels de santé et donc la charge de travail liée à leur traitement.

⁴²¹ Voir Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale*, exercice 2020, mai 2021, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁴²² Ibid.

En outre, elle facilite la réalisation des contrôles de factures, en assurant un lien immédiat entre une prescription et une facture. Pour ce même motif, la prescription dématérialisée permettra de mettre fin au dispositif Scor de numérisation des ordonnances papier pour les professionnels de santé qui entrent dans le champ de l'obligation⁴²³.

B - Des services de dématérialisation des prescriptions aujourd'hui limités aux arrêts de travail et aux transports de patients

1 - Un service de dématérialisation des prescriptions des arrêts de travail déjà ancien, dont l'utilisation obligatoire fin 2021 n'est toujours pas sécurisée

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé a prévu qu'au plus tard au 31 décembre 2021, les médecins de ville devront prescrire les arrêts de travail, sauf exception, de manière dématérialisée.

Le calendrier de mise en œuvre de cette obligation nouvelle et les exceptions à celle-ci doivent être fixés par des conventions entre l'assurance maladie et les représentants des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes prescripteurs d'arrêts de travail. À défaut d'avoir été adopté conventionnellement dans les six mois suivant la publication de la loi, soit fin janvier 2020, le calendrier devait être fixé par un arrêté pris avant fin mars 2020. À ce jour, ni les conventions ni l'arrêté ne sont intervenus.

a) Un téléservice proposé depuis 10 ans et récemment amélioré

Depuis fin 2011, les médecins peuvent saisir en ligne les arrêts de travail maladie et maternité depuis leur espace personnel dans le portail

⁴²³ Ce dispositif, proposé aux différentes professions, permet d'assurer la traçabilité des ordonnances papier et de libérer du temps administratif. Les pièces justificatives numérisées sont automatiquement classées et archivées en lots, de manière sécurisée, par le logiciel du professionnel de santé. Néanmoins, l'absence d'apposition du numéro de prescription sur les factures limite en pratique les possibilités de contrôle de la conformité des facturations aux prescriptions par l'assurance maladie.

internet ouvert aux professionnels de santé par l'assurance maladie, Amelipro. À partir de 2012, ce service a été intégré à leurs logiciels métier⁴²⁴.

En 2019, la Cnam a amélioré l'ergonomie du service afin d'en faciliter l'utilisation. Selon un test de l'Agence du numérique en santé auprès de 31 médecins, la saisie du nouvel avis d'arrêt de travail prend en moyenne 1 minute et 5 secondes sur le serveur de l'assurance maladie.

Ces évolutions mettent en œuvre une partie des propositions d'un rapport de janvier 2019 au Premier ministre sur les arrêts de travail⁴²⁵, qui préconisait, entre autres, de simplifier les modalités de saisie sur Amelipro et de permettre à tous les médecins d'avoir accès à la plateforme, ce qui est encore loin d'être le cas dans le secteur hospitalier.

b) Une utilisation en hausse, mais inférieure aux objectifs

Pour la première fois, la convention d'objectifs et de gestion (COG) de l'assurance maladie avec l'État pour la période 2014-2017 a fixé des objectifs chiffrés de dématérialisation des avis d'arrêt de travail pour maladie ou maternité (AAT). Faute d'atteinte des cibles fixées, la COG 2018-2022 a abaissé l'objectif à 40 % pour 2018, ce taux étant ensuite appelé à augmenter pour atteindre 60 % en 2020 et 75 % en 2022.

Depuis 2018, les taux de réalisation se sont rapprochés des cibles ainsi redéfinies, sans cependant les atteindre. En 2020, un peu plus de 54 % des avis étaient dématérialisés.

⁴²⁴ Le service ne peut être utilisé pour certains assurés, notamment pour les agents de la fonction publique, une partie des organismes délégataires de la gestion des prestations maladie (MGEN par exemple) n'étant pas connectés à Amelipro. Dans ce cas, un imprimé Cerfa est remis au patient. Le médecin peut toutefois saisir l'ensemble des données sur le formulaire du portail Amelipro.

⁴²⁵ Jean Luc Bérard, Pr. Stéphane Oustric et Stéphane Seiller, *Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail. Neuf constats, vingt propositions*, Rapport fait à la demande du Premier ministre, janvier 2019.

**Tableau n° 30 : cibles et taux de réalisation de la dématérialisation
des avis d'arrêt de travail maladie et maternité (en %)**

Années	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Cible interne	10,0	10,0	25,0	-	-	-	-	-	-	-
Cible COG	-	-	-	30,0	40,0	50,0	60,0	40,0	50,0	60,0
Taux de réalisation	4,5	11,4	19,8	23,7	Nc	25,4	35,0	38,2	45,1	54,2
Écart en points	-5,5	+1,4	-5,2	-6,3	Nc	-24,6	-25,0	-1,8	-4,9	-5,8

Source : COG 2014-2017 et 2018-2022 et Cnam

Ces taux de réalisation sont des moyennes nationales, qui recouvrent de fortes disparités entre les caisses locales. Les CPAM atteignent inégalement les objectifs individualisés que leur fixe la Cnam⁴²⁶. Ainsi, celle de l'Ariège connaît un retard persistant, de l'ordre de 8 à 10 points depuis 2011 ; d'autres, comme la CPAM de la Marne, dépassent leurs objectifs, pourtant parmi les plus ambitieux.

c) En 2021, une dématérialisation qui intègre mieux les AT-MP, mais sera loin d'être systématique

À l'heure actuelle, les médecins établissent la prescription d'arrêt de travail au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (AT-MP) en remplissant un certificat médical particulier, qui fournit les éléments d'information nécessaires à l'instruction de la demande de reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie.

Les COG 2014-2017 et 2018-2022 ont fixé des objectifs chiffrés de dématérialisation. Si le taux de dématérialisation prévu pour 2022 (35 %) a été atteint en 2020, seule une minorité de certificats est dématérialisée. Le téléservice des arrêts de travail pour AT ou MP est plus récent (fin 2015) que celui des arrêts pour maladie ou maternité. Il en va de même de son intégration aux logiciels métier des médecins (à partir de fin 2018).

⁴²⁶ En 2019, le taux de dématérialisation était par ailleurs pris en compte pour fixer la part variable de la rémunération des directeurs des cinq CPAM aux taux les plus faibles.

**Tableau n° 31 : cibles et taux de réalisation de la dématérialisation
des certificats médicaux d'accidents du travail –
maladies professionnelles (en %)**

<i>Années</i>	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Cible COG</i>	30,0	40,0	17,0	21,0	26,0
<i>Taux de réalisation</i>	10,6	17,9	22,7	27,8	35,3
<i>Écart en point</i>	- 19,4	- 22,1	+ 2,7	+ 6,8	+ 10,7

Source : COG 2014-2017 et 2018-2022 et Cnam

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a prévu l'intégration des prescriptions initiales d'arrêt de travail, dématérialisées ou en version papier, des AT-MP au formulaire d'avis d'arrêt de travail, qui deviendra ainsi commun aux risques maladie-maternité et AT-MP. L'injection automatisée de ce formulaire dans l'application de gestion des indemnités journalières doit raccourcir les délais de mise en paiement de ces prestations (près de 50 jours en moyenne pour les AT-MP, contre moins de 30 pour les risques maladie et maternité pour les indemnités non subrogées par l'employeur). Cette mesure impliquant une refonte du certificat médical AT-MP, ainsi que de l'avis d'arrêt de travail, elle sera applicable à compter du 1^{er} novembre 2021.

Cependant, malgré ces progrès, au vu des résultats 2020 et de l'absence, à ce jour, de textes d'application de la loi du 24 juillet 2019 pour leur prescription, il est probable qu'une grande partie des arrêts de travail ne sera pas dématérialisée à fin 2021.

2 - Des services de dématérialisation peu utilisés pour la prescription des transports de patients

Depuis mai 2017, la Cnam propose aux médecins de ville un service de prescription électronique (SPE), qui leur permet de créer, de consulter et de gérer une prescription médicale de transport en ligne pour les assurés dont la prise en charge des frais de santé est gérée par le régime général. Depuis cette même année, l'assurance maladie expérimente un service de prescription électronique des transports intégré (SPEi), destiné aux établissements de santé. Le nombre de médecins qui utilisent SPE augmente

lentement, stagne ou recule selon les départements et reste très minoritaire. Seuls sept établissements participent à l'expérimentation de SPEi⁴²⁷.

Tableau n° 32 : un recours très limité à la e-prescription des transports de patients (2020)

Catégories	Nombre de prescripteurs	Nombre de prescriptions
Médecins généralistes	17 180	237 654
Médecins spécialistes	2 166	32 967
Établissements et Samu	26	6 008
Total	19 372	276 629

Source : Cnam

L'utilisation généralisée de SPEi par les établissements de santé comporte un préalable : la mise en place d'une plateforme de commande de prestations de transport en lien avec le dossier patient informatisé, comme seuls l'ont à ce jour les CHU de Dijon et de Montpellier.

L'absence d'essor de la prescription dématérialisation des transports par les établissements de santé est d'autant plus problématique que les trajets entre le domicile et l'établissement, notamment pour le traitement d'affections chroniques (séances de dialyse, de chimiothérapie ou de radiothérapie notamment), engendrent près des deux-tiers des dépenses de transport.

C - Un retard de la France pour les médicaments et les dispositifs médicaux, supposé disparaître d'ici 2024

Les médicaments représentent environ la moitié des prescriptions. La prescription dématérialisée des médicaments est encore expérimentale en France, alors que la précédente convention d'objectifs et de gestion de l'assurance maladie avec l'État prévoyait une généralisation entre 2014 et 2016 et que la plupart de nos voisins la pratiquent à grande échelle.

⁴²⁷ En juin 2020, la Cnam recensait les établissements suivants : CHU de Montpellier et de Dijon, trois sites de l'Ugecam Provence-Alpes-Côte d'Azur, le centre hospitalier de Castres-Mazamet et un établissement en Artois d'un groupe privé non lucratif. Les travaux préalables à l'expérimentation à l'hôpital Lariboisière de l'AP-HP n'ont pas abouti ; le projet serait relancé au second semestre 2021.

Néanmoins, des travaux sont engagés afin que la dématérialisation des prescriptions s'étende, outre aux arrêts de travail et aux transports de patients, aux médicaments, aux dispositifs médicaux, aux actes des auxiliaires médicaux et aux examens biologiques.

1 - La prescription dématérialisée des médicaments, une norme pour la plupart de nos voisins européens

Plusieurs pays européens⁴²⁸ ont déployé avec succès des solutions de dématérialisation des prescriptions de médicaments, dès les années 2000 en Suède, au début des années 2010 au Royaume-Uni, en Norvège et en Belgique et à partir de 2015 en Espagne⁴²⁹ et en Italie. L'Allemagne est moins avancée : introduit en 2020, le dispositif de dématérialisation serait opérationnel en juillet 2021 ; il sera obligatoire en janvier 2022.

La Cour a examiné la dématérialisation des prescriptions en Belgique, en Espagne, en Italie et au Royaume-Uni. Dans ces pays, la prescription de médicaments est toujours le point de départ de la construction du processus de dématérialisation des prescriptions dans leur ensemble. Huit à dix ans s'écoulent en moyenne, entre le lancement du projet pilote, les expérimentations et le déploiement au niveau national.

En Belgique, la dématérialisation est limitée à la prescription des produits dont la délivrance et la facturation sont du ressort du pharmacien, qui sont seuls à être enregistrés dans la source authentique des médicaments (SAM) ; un projet vise toutefois à l'étendre, notamment aux dispositifs médicaux délivrés par d'autres fournisseurs que les pharmacies (« la prescription de renvoi »). En Italie, la dématérialisation concerne également une partie des dispositifs médicaux, ainsi que les consultations de spécialistes et les examens par des établissements de santé prescrits par des médecins généralistes. Au Royaume-Uni, peuvent être prescrits de manière dématérialisée certains dispositifs médicaux (nébuliseurs, dispositifs d'autocontrôle de la glycémie, vêtements de contention post-chirurgicaux), ainsi que les examens de biologie et de radiologie. En

⁴²⁸ La Cour s'est référée aux sources d'information suivantes : Cnam, *e-prescription. Analyse des mécanismes en place dans plusieurs pays*, mars 2018 ; direction des affaires européennes et internationales (DAEI) des ministères sociaux, *La prescription électronique, [...] Contributions des conseillers pour les affaires sociales (CAS) Allemagne, Espagne, Italie, Québec, Norvège, Royaume-Uni*, mars 2018. La Cour a par ailleurs interrogé, par l'intermédiaire de la DAEI, les ambassades de France en Allemagne, Espagne, Italie et au Royaume-Uni. Pour la Belgique, la Cour a bénéficié d'informations de la part de la Cour des comptes belge.

⁴²⁹ En Espagne, où chaque communauté territoriale a son propre système de e-prescription, un système national d'interopérabilité permet la délivrance des produits de santé en tout lieu, indépendamment de celui de la prescription.

Espagne, l'utilisation d'un code national de prescription permet la prescription dématérialisée des dispositifs médicaux.

Lorsque la prescription dématérialisée est obligatoire, elle fait l'objet de certaines exceptions. En Belgique, l'obligation de dématérialisation des médicaments ne s'applique pas aux médecins de 64 ans et plus au 1^{er} janvier 2020 ; par ailleurs, l'ordonnance papier peut être utilisée lorsqu'elle est établie en dehors du cabinet du prescripteur ou en cas de force majeure. En Espagne, la prescription reste manuscrite pour les assurés de trois mutuelles de fonctionnaires et pour les personnes sans carte individuelle de santé (migrants, travailleurs transfrontaliers, touristes).

Par ailleurs, la délivrance au patient d'une copie sur papier de la prescription dématérialisée reste la norme au Royaume-Uni et en Italie. En Belgique, à compter du 1^{er} juin 2021, pour autant que le patient soit d'accord, le prescripteur n'aura plus à la lui remettre.

Les modalités d'authentification varient selon les pays : pour accéder aux prescriptions, les professionnels de santé qui les exécutent doivent disposer d'une *smartcard* (Royaume Uni, Espagne), de la carte de santé du patient (l'équivalent de la carte Vitale, en Italie), ou de la carte d'identité électronique du prescripteur et du pharmacien (Belgique).

Un important retard de la France par rapport à ses voisins européens

La Belgique a démarré en 2007 le projet de prescription dématérialisée (« Recip-e ») des médicaments. En 2010, elle lançait un projet pilote auprès de médecins généralistes et de pharmaciens, ensuite déployé à l'ensemble du pays à partir de 2013. En février 2021, plus de 6,5 millions de prescriptions ont été introduites dans le système Recip-e, contre 4 millions par mois fin 2017 ; le nombre de médecins généralistes ou spécialistes ayant dématérialisé des prescriptions a été multiplié par 2,3 entre ces deux périodes.

La prescription dématérialisée de médicaments et de produits pharmaceutiques est devenue obligatoire au 1^{er} janvier 2020. Cette obligation ne couvre pas les dispositifs médicaux. Depuis 2014, la Belgique compte également un service de messagerie sécurisée et, depuis 2018, un portail en ligne où chacun peut accéder à ses données individuelles.

En Espagne, le décret 1718/2010 du 17 décembre 2010 a uniformisé le modèle de prescription dans l'ensemble du pays, puis, trois ans après, un projet pilote était testé dans deux communautés autonomes (Estrémadure et Iles Canaries), avant d'être étendu aux autres. En 2017, 90 % des prescriptions de médicaments étaient dématérialisées en Espagne. En 2020, 98 % des centres de santé et ambulatoires, hôpitaux et pharmacies avaient déployé le service de prescription dématérialisée interopérable entre les communautés.

En 2018, 85 % des prescriptions étaient dématérialisées en Italie (moyenne nationale), sept ans après la prise du décret définissant les caractéristiques de ces prescriptions.

Selon *NHS Digital*, en Angleterre, en novembre 2020, plus de 60 millions de patients étaient enregistrés au système de prescription électronique. La quasi-totalité des centres de médecine générale (soit 97 %) et des pharmacies (99,8 %) dématérialisent leur prescriptions.

2 - En France, une expérimentation qui pourrait prochainement déboucher sur de nouveaux services de prescription électronique

En France, les travaux relatifs à la prescription dématérialisée de médicaments ont débuté il y a près de dix ans. Jusqu'à récemment, les représentants des médecins se sont cependant opposés à ce que l'assurance maladie acquière, à travers la dématérialisation, des données détaillées sur les prescriptions.

Dans ces conditions, la Cnam a d'abord expérimenté, entre octobre 2017 et avril 2019, un dispositif de dématérialisation limité à la simple impression d'un QR code sur l'ordonnance papier⁴³⁰.

Depuis juillet 2019, elle mène une seconde expérimentation, dans les trois mêmes départements que la première (Maine-et-Loire, Saône-et-Loire et Val-de-Marne), avec un nombre de participants (68 médecins et 54 pharmaciens) guère plus élevé et le maintien de l'ordonnance papier.

Cette nouvelle expérimentation comporte néanmoins une différence essentielle : la prescription est enregistrée dans une base de l'assurance maladie. L'existence de cette base lui permet de connaître les prescriptions

⁴³⁰ Un module supplémentaire sur le Lap des médecins participant à l'expérimentation générait l'impression sur l'ordonnance papier d'un QR code contenant l'ensemble des informations relatives à la prescription. Le pharmacien scannait le QR code, accédait au contenu de la prescription et assurait la dispensation.

effectuées par chaque médecin au titre de chaque patient grâce au numéro unique de prescription et aux médecins d'être informés de la bonne dispensation des médicaments prescrits. Les informations nominatives relatives aux prescriptions dispensées⁴³¹ sont conservées dans la base pendant cinq années, soit la durée au-delà de laquelle les indus frauduleux ne peuvent plus être mis en recouvrement.

Les médecins et pharmaciens ont souligné la simplicité d'utilisation de ce nouveau dispositif dans leur processus métier et dans leurs logiciels, la sécurisation de la prescription qu'il procure, l'intérêt pour les médecins de pouvoir consulter les délivrances réalisées par les pharmaciens et la qualité de l'accompagnement par les CPAM et les éditeurs de logiciels. La Cnam a décidé d'élargir l'expérimentation à l'ensemble des médecins volontaires des trois départements concernés. Cependant, le contexte de crise sanitaire a provoqué un retard de six mois dans le calendrier prévu.

La Cnam a pour objectif d'ouvrir un téléservice de prescription des médicaments et des dispositifs médicaux d'ici fin 2021 et d'utiliser un dispositif technique similaire pour la dématérialisation des prescriptions des actes des auxiliaires médicaux et des examens biologiques. En application de l'article 2 de l'ordonnance du 18 novembre 2020, des décrets doivent fixer l'entrée en vigueur de l'obligation, en tenant compte des professions concernées, de leurs conditions d'exercice, ainsi que des catégories de soins, produits ou prestations prescrites, d'ici fin 2024.

II - Faire de la dématérialisation des prescriptions un vecteur effectif de modernisation du système de santé

Si les progrès sont notables, une grande partie des gains d'efficience dont est porteuse la dématérialisation des prescriptions médicales dépend toutefois d'évolutions plus profondes que celles aujourd'hui engagées.

Pour réussir le virage numérique du système de santé, il convient de faire de la dématérialisation le mode de droit commun de prescription et de

⁴³¹ Les prescriptions non dispensées restent non nominatives dans la base, où elles sont conservées durant les 12 mois de validité de l'ordonnance, puis effacées en cas de non dispensation. Suivant les attentes des représentants des médecins, aucun agent de l'assurance maladie n'a accès et ne peut intervenir sur les prescriptions préalablement à leur dispensation. Il en résulte que l'assurance maladie ne peut analyser les prescriptions non dispensées.

codifier un vaste champ de données selon des normes communes, en évitant d'installer des modalités durablement dégradées. À cette fin, les acteurs du système de santé devront être plus fortement accompagnés par le ministère chargé de la santé et la Cnam.

A - La dématérialisation, un mode de prescription à généraliser à l'ensemble des acteurs du système de santé

1 - Dématérialiser l'ensemble des prescriptions des établissements de santé exécutées en ville

Les prescriptions effectuées et exécutées au sein des établissements sont très largement dématérialisées dans le cadre des circuits de suivi interne des patients et n'entrent pas dans le champ de l'obligation fixée par l'ordonnance du 18 novembre 2020.

Les prescriptions effectuées en établissement, mais exécutées en ville auprès de pharmaciens d'officine, de laboratoires d'analyses biologiques et d'auxiliaires médicaux sont soumises à l'obligation posée par l'ordonnance du 18 novembre 2020. Toutefois, le précédent du recours quasi-inexistant des établissements de santé au service de e-prescription des transports de patients proposé par l'assurance maladie (voir *supra*) laisse augurer une difficulté certaine de participation de ces derniers à la généralisation de la e-prescription pour les soins de ville.

Par ailleurs, l'obligation de dématérialisation des arrêts de travail fixée par la loi du 24 juillet 2019 s'applique aux arrêts de travail prescrits par les médecins exerçant en libéral dans des établissements de santé privés, mais non à ceux prescrits par les médecins salariés d'établissements de santé publics ou privés non lucratif.

L'exclusion, en droit ou en pratique, des prescriptions hospitalières de la dématérialisation des prescriptions exécutées en ville compromettrait une grande partie des apports attendus de la dématérialisation à la maîtrise des dépenses de soins de ville. En 2019, les prescriptions d'origine hospitalière, avec 19,5 Md€ de dépenses pour le régime général d'assurance maladie, représentaient 22 % des prescriptions exécutées en ville ainsi que des indemnités journalières maladie et maternité, contre 17 % en 2004 (voir tableau *infra*).

**Tableau n° 33 : part des prescriptions d'origine hospitalière (en M€)
dans les dépenses de soins de ville, en 2019 (en dates de soins)**

	Dépenses totales de soins de ville, en M€	dont dépenses prescrites à l'hôpital, en M€	Part prescrite à l'hôpital
Transports	4 490	2 360	53%
Médicaments	23 640	9 770	41%
Rétrocessions	2 270	2 130	94%
Médicaments (hors rétrocédés)	21 370	7 640	36%
Dispositifs médicaux remboursés et produits humains	7 300	2 340	32%
Autres	3 520	760	22%
Biologie	3 680	700	19%
Indemnités journalières	12 230	1 720	14%
Honoraires paramédicaux	13 320	1 850	14%
Infirmier	7 770	1 140	15%
Orthoptiste-orthophoniste	890	130	15%
Masseur-kiné	4 230	550	13%
Sages-femmes	350	30	9%
Pédicure-podologue	80	5	6%
Honoraires des dentistes	3 400	10	0%
Honoraires des médecins	18 610	30	0%
Total	90 200	19 540	22%

Source : commission des comptes de la sécurité sociale, décembre 2020

Pour que les prescriptions hospitalières exécutées en ville soient effectivement dématérialisées, il convient donc que les textes soient adaptés afin d'étendre le champ de l'obligation de dématérialisation des arrêts de travail à ceux prescrits en établissement de santé et que les systèmes d'information hospitaliers soient raccordés aux téléservices de dématérialisation développés par la Cnam.

2 - Comblent les lacunes de l'obligation de dématérialisation des prescriptions exécutées en ville

S'agissant des professionnels prescrits, l'ordonnance du 18 novembre 2020 vise uniquement les professionnels de santé.

De ce fait, si le médecin doit procéder à une prescription dématérialisée, les prestataires de service et distributeurs de matériels ayant la qualité de dispositifs médicaux et les taxis conventionnés ne sont, eux, pas tenus d'adresser à l'assurance maladie les informations relatives aux prescriptions réalisées.

Il convient d'adapter les textes fixant les obligations de dématérialisation des prescriptions afin de combler ces lacunes. S'agissant des taxis conventionnés, la sécurisation des facturations à l'assurance maladie en fonction des données de prescription dépend *in fine* de l'instauration d'une obligation de dématérialisation.

Le service de facturation intégré des prestations de transport (Sefi) : des apports qui dépendent en grande partie de la dématérialisation des prescriptions

En application de l'avenant n° 10 à la convention collective des transports sanitaires privés (22 décembre 2020), les transporteurs sanitaires (ambulances et VSL) doivent utiliser le service de facturation intégrée (Sefi) de l'assurance maladie pour facturer à cette dernière des prestations de transport de patients. Ce même service est par ailleurs en cours d'expérimentation pour les taxis conventionnés.

L'utilisation de Sefi permet de réduire certains risques d'erreur de facturation : les informations relatives à l'identité et aux droits des assurés sont saisies directement, ce qui fiabilise les données de facturation ; les anomalies sont traitées par le transporteur avant envoi de sa facture ; les caisses n'ont plus à effectuer de rejets ou à traiter des signalements.

La prescription dématérialisée procure un niveau supplémentaire de fiabilité, lorsqu'elle est utilisée avec Sefi, en garantissant la conformité des données de facturation à celles de prescription.

S'agissant des transports sanitaires, la conjonction de l'avenant n° 10 précité et de l'obligation de prescription dématérialisée va permettre de garantir effectivement cette conformité, alors que seule une part infime des facturations de transport sont dématérialisées (0,1 %). Il importe qu'un progrès identique soit réalisé pour les transports par taxi conventionné, ce qui nécessite de mener à bien l'expérimentation de l'utilisation de Sefi, de rendre cette utilisation obligatoire et de la coupler avec une obligation de prescrire de manière dématérialisée.

3 - Dématérialiser les prescriptions ou demandes d'avis entre médecins

La dématérialisation des prescriptions ou des demandes d'avis d'un médecin à un autre médecin, de ville ou en établissement de santé est également à programmer, alors qu'elle n'est pas envisagée à ce stade, sauf pour les prescriptions de biologie.

À cet égard, il y a lieu de souligner que l'obligation de dématérialisation des prescriptions s'applique aussi sans ambiguïté aux actes (par exemple d'imagerie ou de cardiologie) des médecins spécialistes, en ville ou à l'hôpital, effectués sur le fondement d'une prescription d'un autre médecin, notamment le médecin traitant⁴³².

B - Une dématérialisation de données structurées à accélérer

1 - Le risque d'une dématérialisation dégradée par défaut de codage et de structuration des données

Pour assurer la mise en place d'une solution opérationnelle de prescription dématérialisée d'ici fin 2021, la Cnam a estimé qu'il ne lui était pas possible d'attendre que les posologies et durées de prise de médicaments et l'ensemble des dispositifs médicaux soient codifiés⁴³³. Forte des résultats de l'expérimentation menée dans trois départements depuis 2019, elle a lancé

⁴³² Par application combinée des dispositions de, l'article L. 162-5-3 du code de sécurité sociale et de la convention nationale médicale du 25 août 2016, qui prévoit une médecine de parcours et de proximité organisée autour du patient et coordonnée par le médecin traitant (spécialiste de premier recours) en lien avec les différents médecins correspondants (spécialistes de second recours).

⁴³³ Contrairement aux médicaments, il n'existe pas de référentiel qui listerait de manière exhaustive les dispositifs médicaux commercialisés. Seuls 3 400 dispositifs, représentant 11 % environ de ceux pris en charge par l'assurance maladie, étaient codifiés lors de l'expérimentation e-prescription.

une nouvelle phase d'expérimentation, la prescription dite « unifiée »⁴³⁴, reposant sur l'utilisation du texte libre pour les nombreuses données de la prescription dématérialisée qui ne sont pas codifiées.

L'assurance maladie prévoit également d'utiliser la prescription unifiée pour dématérialiser les prescriptions d'actes d'auxiliaires médicaux et de biologie médicale, elles aussi non codifiées dans des bases.

Toutefois, la place très importante laissée au texte libre affectera les possibilités d'analyse de données par l'assurance maladie ; des requêtes pourront être réalisées, mais elles n'auront pas la même granularité ou fiabilité que des requêtes automatisées sur des données codifiées. De plus, le texte libre pourrait faire obstacle à l'évolution souhaitable des pratiques de prescription de dispositifs médicaux : il sera plus facile et rapide pour un médecin de remplir la partie en texte libre que de rechercher un produit dans des bases codifiées. Enfin, un recours durable au texte libre plutôt qu'à des données structurées pourrait amoindrir les perspectives d'utilisation des DMP par les professionnels de santé, en gênant l'établissement de bilans de synthèse de la situation des patients.

La normalisation nécessaire des données des prescriptions

L'interopérabilité sémantique des systèmes d'information désigne à la fois le codage des données unitaires, qui permet d'attribuer à chacune une signification unique pour l'ensemble des acteurs d'échanges informatisés, et la structuration syntaxique des groupes de données, qui permet leur exploitation après échange. Une prescription ne désignant pas seulement un acte ou un produit, mais apportant un ensemble de précisions sur les conditions de sa réalisation ou de sa dispensation, comme par exemple le dosage ou la durée de prise d'un médicament, la normalisation des syntaxes de prescription est nécessaire pour étendre les possibilités d'analyse des données par de multiples systèmes d'information. Elle doit aussi prévenir les risques de mésinterprétation par le logiciel du pharmacien de l'information que lui a adressée celui du médecin, du fait de l'absence d'homogénéité de la syntaxe des posologies ou des durées de prise entre les bases de médicaments auxquelles leurs logiciels respectifs peuvent se référer.

⁴³⁴ La prescription unifiée doit permettre aux médecins d'utiliser un seul service de prescription en ligne : d'un côté, les médicaments et certains dispositifs médicaux déjà codifiés seront prescrits numériquement ; de l'autre, les autres dispositifs médicaux, les plus nombreux, ainsi que les posologies et durées de prise des médicaments seront saisis en texte libre. Les cahiers des charges de la prescription unifiée ont été diffusés aux éditeurs de logiciels en juillet 2020. Les premiers tests, une fois les logiciels autorisés, sont prévus au deuxième semestre 2021 et s'étaleront sur plusieurs mois.

Or, les données de prescription ne font aujourd'hui l'objet d'aucune codification opposable aux éditeurs de logiciels s'agissant de la posologie et de la durée de prise des médicaments, de la plupart des dispositifs médicaux, des actes d'auxiliaires médicaux, des examens de biologie médicale et des actes médicaux prescrits par un autre médecin.

2 - Un vaste ensemble de données à codifier et à rendre opposables aux éditeurs de logiciels

Afin de circonscrire la place du texte libre dans le contenu des futures prescriptions dématérialisées, l'Agence du numérique de santé (ANS) doit poursuivre ou engager de nombreux chantiers de codification dont les résultats devront être rendus opposables aux éditeurs de logiciels par des arrêtés ministériels.

En particulier, il convient que les prescriptions de médicaments dématérialisées fassent rapidement application de codes en dénomination commune internationale (DCI), et non plus, comme cela sera le cas dans un premier temps, des codes d'identification (CIS ou CIP) utilisés dans le cadre de la procédure d'autorisation de mise sur le marché des médicaments à la demande des entreprises pharmaceutiques, ce qui limiterait les possibilités de développement de la dématérialisation des génériques⁴³⁵. À cette fin, il convient de donner force obligatoire au procédé dit du médicament virtuel, qui associe DCI, dosage, forme pharmaceutique (comprimé, gélule...) et voie d'administration. Dès à présent, une base de médicaments (Medicabase), issue du regroupement de plusieurs bases préexistantes, intègre les codifications des médicaments virtuels.

Les dispositifs médicaux et les actes de biologie devront aussi être codifiés pour être intégrés à la prescription dématérialisée. Cette codification pourra s'appuyer sur des nomenclatures internationales⁴³⁶.

De manière générale, le niveau d'exigence des règles fixées par les référentiels d'interopérabilité approuvés par arrêté du ministre chargé de la santé devra être rehaussé afin de garantir un déploiement des solutions de dématérialisation des prescriptions conforme aux objectifs ministériels.

⁴³⁵ La dernière version de la doctrine du numérique en santé prévoit, parmi les chantiers techniques à mener, de renforcer la codification de la prescription en DCI, *Doctrine technique du numérique en santé*, version 2020.

⁴³⁶ Pour les dispositifs médicaux, il s'agit de la nomenclature européenne *European Medical Device Nomenclature* et pour les actes de biologie le référentiel *Logical Observation Identifiers Names & Codes* ou Loinc, qui comporte 504 500 codes.

Il est regrettable à cet égard que la Cnam n'ait pas utilisé pour les expérimentations de la prescription dématérialisée des médicaments les standards et profils d'interopérabilité, pourtant déjà connus des industriels et des éditeurs de logiciels et que l'Agence du numérique en santé lui avait recommandés.

La problématique de l'interopérabilité des logiciels sur le marché

Le marché de l'édition de logiciels en santé comprend environ 150 entreprises. Concernant la structuration des données, les éditeurs doivent respecter des référentiels permettant l'échange et le partage de données de santé à caractère personnel (article L. 1110-4-1 du code de la santé publique), élaborés par l'ANS et approuvés par arrêté du ministre chargé de la santé⁴³⁷.

Cependant, les solutions proposées par les éditeurs sont souvent éloignées des attendus en termes d'urbanisation, de sécurité et d'interopérabilité décrits dans la doctrine technique et le cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé⁴³⁸.

Pour renforcer l'effectivité de ces référentiels, la loi de juillet 2019 a prévu une nouvelle procédure de vérification de conformité. Un décret doit définir le cadre applicable aux procédures d'évaluation de la conformité aux référentiels d'interopérabilité et les conditions selon lesquelles l'État pourra prévoir des incitations à la mise en conformité. À ce stade, ce décret n'a pas été publié.

C - Un changement pour les acteurs du système de santé à organiser et accompagner

1 - Garantir l'authentification des professionnels à l'hôpital

Selon la direction générale de l'offre de soins (DGOS), l'application de l'obligation de dématérialisation aux prescriptions de médicaments rétrocédés par les pharmacies hospitalières sera facilitée par les nombres limités de logiciels de pharmacie concernés et de postes à équiper.

⁴³⁷ Pour assurer le transfert de données du prescripteur au prescrit, l'ANS a ainsi retenu le standard *Integrating the Healthcare Enterprise* (IHE), qui permet de rapprocher les données de celles sous le standard européen HL 7 utilisé par nos voisins.

⁴³⁸ Au vu des résultats de l'outil « Convergence » de l'ANS, qui permet aux éditeurs de logiciels d'évaluer la conformité de leurs solutions aux principes d'interopérabilité.

En revanche, pour l'ensemble des prescriptions faites à l'hôpital et exécutées en ville, une difficulté essentielle porte sur l'authentification des praticiens hospitaliers prescripteurs.

Comme pour les professionnels libéraux, les prescriptions en établissement doivent être identifiées par prescripteur en application du code de la sécurité sociale⁴³⁹. Le respect de cette obligation demande l'attribution aux praticiens hospitaliers de numéros d'inscription au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et la diffusion des cartes de professionnel de santé (CPS) à ces praticiens.

Or, la carte CPS est très peu utilisée à l'hôpital. En effet, son utilisation est ressentie comme une gêne par les professionnels⁴⁴⁰.

Deux dispositifs d'authentification dématérialisés sont aujourd'hui envisagés dans le cadre de la feuille de route gouvernementale du numérique en santé : le projet e-CPS de dématérialisation de la carte CPS et le projet Air (authentification indirecte renforcée) expérimenté dans le cadre du DMP⁴⁴¹, qui repose sur l'authentification de l'établissement, et non du professionnel lui-même. Cette alternative à la e-CPS présente toutefois l'inconvénient majeur de ne pas assurer la traçabilité complète, de bout en bout, de la prescription. En outre, son efficacité dépendra des données auxquelles il sera possible d'avoir accès.

Si le projet Air était retenu, il conviendrait en tout état de cause qu'il s'accompagne de modalités destinées à garantir une traçabilité des auteurs des prescriptions au sein de l'hôpital.

2 - Inciter financièrement les acteurs du système de santé à s'adapter en privilégiant les enveloppes existantes

S'agissant des soins de ville, des modules devront être ajoutés aux logiciels métier afin de permettre la dématérialisation des prescriptions par

⁴³⁹ Article L. 162-5-15 du code de la sécurité sociale.

⁴⁴⁰ Pour les médecins libéraux des établissements privés lucratifs, et pour l'activité libérale des médecins exerçant à l'hôpital public, il n'a en revanche pas été signalé à la Cour de difficulté particulière dans l'acceptabilité ou l'utilisation de la carte CPS, nécessaire il est vrai à la sécurisation de la facturation de leurs actes par télétransmission individualisée à l'assurance maladie.

⁴⁴¹ Les solutions envisagées correspondent à deux modes d'accès distincts : le médecin à l'hôpital consulte le DMP depuis un logiciel médical du système d'information hospitalier, ou bien il appelle l'URL du DMP par le navigateur d'un poste du système d'information de l'établissement.

les professionnels prescripteurs et leur exploitation par les professionnels prescrits.

Dans le cadre d'une enveloppe de 300 M€, prévue par l'avenant 9 à la convention médicale conclu le 30 juillet 2021 et consacrée au développement des usages du numérique en santé, la Cnam prévoit en particulier qu'en 2023 une valorisation de 40 points du forfait structure (voir encadré) serait accordée aux médecins pour l'atteinte d'un taux de 50 % de prescription dématérialisée de produits de santé réalisé via la service e-prescription.

Le forfait structure : un outil incitatif à la modernisation du cabinet médical

Au titre de 2019, l'assurance maladie a versé à 65 425 médecins, un forfait dit structure représentant un montant total de 223 M€ et 3 400 € environ en moyenne par médecin. Il se compose de deux volets comprenant des indicateurs avec chacun des cibles à atteindre. Pour 2020, les médecins atteignant toutes les cibles pouvaient recevoir au maximum 6 195 €.

Afin que les cabinets médicaux soient équipés en solutions logicielles permettant la e-prescription unifiée des produits de santé, le ministère de la santé prévoit par ailleurs de financer directement les éditeurs dans le cadre du volet numérique du Ségur de la santé pour procéder aux évolutions informatiques et les mettre à disposition gratuitement des médecins.

S'agissant des établissements de santé, depuis 2011, le programme Hôpital numérique, puis le programme Hop'en, qui en a pris la suite, ont contribué à étendre la dématérialisation des actes, biens et prestations prescrits et dispensés au sein des établissements de santé. La dématérialisation des prescriptions dispensées en interne (qui bénéficie de près de 36 M€ sur une enveloppe globale de 420 M€ au titre de ce programme entre 2018 et 2022) est le domaine pour lequel les établissements répondent le plus aux prérequis techniques fixés par Hop'en (à hauteur de 79 % en moyenne en 2018).

Il convient de prévoir les financements nécessaires au raccordement des systèmes d'information hospitaliers aux services de prescription dématérialisée mis en place par l'assurance maladie et au déploiement de solutions d'authentification des professionnels à l'hôpital. Ils relèvent logiquement des enveloppes arbitrées par le Gouvernement en faveur des investissements à l'hôpital au titre du Ségur de la santé et du programme qui succèdera à Hop'en en 2023.

3 - Mieux accompagner les professionnels de santé

Les pratiques de codage sont absentes du cursus universitaire. Les professionnels ne sont donc pas sensibilisés aux finalités et aux modalités du codage des prescriptions. Les bénéfices du codage des prescriptions pour la pratique médicale sont donc très largement méconnus par les médecins. Leur formation initiale et continue devrait être adaptée afin de les faire mieux partager.

Par ailleurs, les CPAM emploient des conseillers informatique services (CIS) afin d'accompagner les professionnels de santé et les employeurs dans leurs relations avec l'assurance maladie, les sensibiliser aux nouveaux services et favoriser l'installation des nouvelles solutions informatiques et leur utilisation quotidienne.

En 2019, l'assurance maladie comptait 521 CIS au total. Leur répartition entre caisses locales n'est pas corrélée à la démographie des professionnels de santé. Elle ne l'est pas non plus au taux de dématérialisation des avis d'arrêts de travail. La répartition, les missions et les objectifs opérationnels fixés aux CIS paraissent appeler une révision. La Cnam prévoit de mobiliser plus fortement les CIS pour la promotion des services socles du numérique en santé (e-prescription, DMP et messageries sécurisées) auprès des professionnels concernés.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Après un retard important, de l'ordre de cinq à dix années par rapport à la plupart de ses voisins européens, la France a engagé la mise en place d'un dispositif de prescription électronique de médicaments et de dispositifs médicaux. Ce dispositif pourrait être ouvert début 2022. Il serait rapidement complété par des services de e-prescription des actes d'auxiliaires médicaux et d'actes de biologie. Il viendra s'ajouter à deux dispositifs opérationnels depuis plusieurs années : les avis d'arrêts de travail depuis 2011 et les transports de patients depuis 2017.

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a fixé à fin 2021 l'obligation de dématérialisation des prescriptions d'arrêt de travail et d'ici fin 2024 celles des autres prescriptions médicales (médicaments, dispositifs médicaux, actes d'auxiliaires médicaux et de biologie, prescriptions d'un médecin à un autre dans le cadre du parcours de soins coordonné). Cependant, les conventions ou règlements d'application ne sont pas intervenus à ce jour. Un calendrier de mise en œuvre de la dématérialisation de chaque type de prescription et des travaux techniques restant à mener serait utile pour orienter et informer les différents acteurs sur les échéances à venir.

S'agissant des arrêts de travail, le respect de l'échéance de fin 2021 ne pourra que partiellement s'appuyer sur le taux de dématérialisation spontané actuel, légèrement supérieur à 54 % pour les avis maladie et maternité.

Pour les autres prescriptions, l'échéance de fin 2024 pourrait encore être atteinte, mais sur un mode dégradé : en laissant à l'écart certaines prescriptions (les arrêts de travail prescrits en établissement de santé) ou leur exécution (les transports par taxi conventionné et une partie des dispositifs médicaux) et, potentiellement, l'enjeu majeur des prescriptions d'origine hospitalière exécutées en ville ; en acceptant un large usage du texte libre pour la prescription de la posologie et de la prise des médicaments et la plupart des dispositifs médicaux ; en acceptant de manière générale une faible interopérabilité des systèmes d'information.

Ce faisant, ce serait renoncer à une grande partie des apports possibles de la dématérialisation des prescriptions : l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins aux patients par la consultation de données structurées du dossier médical partagé avant de nouvelles prescriptions ; l'effectivité de la prescription des médicaments en dénomination commune internationale et une prescription plus étendue des médicaments génériques ; une efficience renforcée des dépenses liées à la maîtrise des

prescriptions hospitalières exécutées en ville ; la sécurisation de la chaîne de prescription et de facturation des prestations de transport de patients.

Au-delà des solutions techniques en cours de mise en place, plusieurs chantiers d'importance doivent donc être menés à leur terme ou engagés.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 33. étendre le champ de l'obligation de dématérialisation des prescriptions, à tous les actes, biens et produits de santé prescrits et effectués ou dispensés par l'ensemble des acteurs du système de santé en ville et à l'hôpital, en remédiant à plusieurs omissions (arrêts de travail prescrits en établissement de santé, transports effectués en taxi conventionné et dispositifs médicaux commercialisés par des prestataires de service) (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé) ;*
- 34. adopter des références non commerciales pour la prescription dématérialisée des médicaments et des dispositifs médicaux et définir des modalités de codification des prescriptions dématérialisées d'actes de biologie, d'auxiliaires médicaux et d'autres médecins (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Agence du numérique de santé et Cnam) ;*
- 35. dans le cadre du programme qui succèdera à Hop'en en 2023, garantir le raccordement des systèmes d'information hospitaliers aux services de prescription dématérialisée mis en place par l'assurance maladie et une authentification individuelle effective des professionnels prescripteurs à l'hôpital (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam).*

Chapitre IX

La reconnaissance et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles : un dispositif complexe à moderniser

PRÉSENTATION

La branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) du régime général répare, pour les travailleurs affiliés, les dommages causés par les accidents de travail, de trajet et les maladies professionnelles.

En 2020, la branche AT-MP enregistrait 13,4 Md€ de dépenses et, du fait des conséquences de la crise sanitaire, un résultat net déficitaire de 222 M€ après sept années d'excédents. Elle couvre le risque des 18,8 millions d'assurés du régime général dont elle finance les frais de santé, les dépenses relatives à l'incapacité temporaire et à l'incapacité permanente de travail, ainsi que les rentes versées à la suite d'un décès aux ayants droit.

Reconnaître un accident subi par un salarié comme lié au travail sur la base d'une simple présomption de responsabilité sans faute de l'employeur est un principe fondamental de gestion de la branche AT-MP, issu de la loi historique du 9 avril 1898. Cette présomption dispense le salarié d'établir une faute de l'employeur et un lien de causalité avec le dommage subi. En contrepartie, la loi a prévu une réparation forfaitaire et partielle du dommage subi par le travailleur, financée exclusivement par des cotisations versées par les employeurs.

Des réformes récentes ont à la fois clarifié les procédures de prise en charge et amélioré la protection des assurés. Les procédures demeurent toutefois complexes et sont à l'origine de contentieux, tandis que le coût des indemnités journalières augmente (I). Des réformes s'avèrent nécessaires pour faciliter le retour à l'emploi et mieux maîtriser la reconnaissance des maladies professionnelles et la détermination du degré d'incapacité permanente, l'organisation des procédures et de la gestion des dépenses devant également être améliorée (II).

I - Un dispositif complexe, une structure de dépenses spécifique

Le dispositif de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles est fondé sur une responsabilité sans faute de l'employeur. Les lésions causées à la victime à l'occasion d'un accident « au temps, au lieu ou sur le chemin du travail » sont présumées imputables au travail au terme d'une procédure très formalisée de déclaration, de transmission de pièces et d'instruction de ces éléments. Des règles spécifiques sont mises en œuvre pour les maladies professionnelles, afin d'organiser le principe de présomption et de définir les cas pour lesquels il ne peut être mis en œuvre.

A - Un dispositif de reconnaissance fondé, pour l'essentiel, sur un principe de présomption

Le dispositif d'instruction de la reconnaissance et de son indemnisation s'appuie sur un ensemble de pièces que les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les échelons locaux du service médical (ELSM)⁴⁴² doivent recueillir et instruire. Peu contestée par les assurés, cette instruction l'est davantage par les employeurs pour lesquels le coût des sinistres majore directement le taux de cotisation à la branche des accidents du travail et maladies professionnelles.

1 - Des procédures d'instruction formalisées et contradictoires

En 2019, près de 1 500 000 accidents du travail ou de trajet ont été déclarés⁴⁴³. La victime d'un accident doit en faire la déclaration à son employeur dans les 24 heures, en l'accompagnant d'un certificat médical⁴⁴⁴ décrivant les lésions. C'est, ensuite, à l'employeur de procéder à la déclaration de l'accident à la CPAM, sous la forme d'une déclaration

⁴⁴² Sur l'organisation du réseau local de l'assurance maladie, cf. Cour des comptes, « L'organisation territoriale des réseaux de caisses de sécurité sociale du régime général : des évolutions nécessaires », in *la Sécurité sociale, rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁴⁴³ Du fait de la crise, et du ralentissement de l'activité économique, le nombre d'accidents de travail et de trajet a été ramené à un peu plus de 1 150 000.

⁴⁴⁴ Le certificat médical initial (CMI).

d'accident du travail (DAT) qui doit être transmise dans les 48 heures. L'employeur remet également au salarié une feuille d'accident⁴⁴⁵ qui lui permet de bénéficier du tiers payant et de la gratuité des soins avec dispense de paiement du ticket modérateur, ainsi que des fournitures médicales nécessitées par les lésions, remboursées dans la limite de 150 % des tarifs conventionnels. Si l'employeur n'établit pas de DAT, il s'expose à des poursuites⁴⁴⁶. L'employeur peut toutefois se réserver la possibilité de contester, ultérieurement, la nature professionnelle de l'accident en formulant, le cas échéant, des réserves.

Les CPAM instruisent les déclarations d'accidents. Elles peuvent déclencher des enquêtes, qui sont systématiques en cas de réserves motivées formulées par l'employeur. Au terme de cette instruction, elles qualifient l'accident, en rejetant ou en reconnaissant sa nature d'accident du travail ou de trajet. Toutefois, trois quarts des accidents de travail et deux tiers des accidents de trajet sont reconnus d'emblée, dans un délai de 15 jours sans que la caisse estime nécessaire d'engager une enquête approfondie. Respectivement 94 % et 96 % de l'ensemble des dossiers de déclaration complets sont reconnus comme accident de travail ou de trajet.

2 - Un dispositif de reconnaissance des maladies professionnelles, qui confère aux troubles musculo-squelettiques une place atypique

Pour une maladie professionnelle, la demande de reconnaissance est à l'initiative de l'assuré, qui effectue la déclaration en joignant un certificat médical décrivant les lésions. Cela s'explique par le fait que ces dernières peuvent apparaître longtemps après l'exposition du salarié aux facteurs d'exposition au risque⁴⁴⁷.

Dans le cas où la maladie est inscrite à un tableau des maladies professionnelles qui, définit réglementairement les conditions requises pour justifier la présomption⁴⁴⁸, le salarié n'a pas à démontrer le lien entre sa pathologie et l'exposition. La CPAM procède systématiquement à une

⁴⁴⁵ Cette feuille identifie également les lésions et les éventuelles rechutes. En cas de maladie professionnelle, c'est la caisse qui la remettra à la victime, lorsque celle-ci lui déclarera la maladie.

⁴⁴⁶ Article L. 441-2, al. 2 CSS.

⁴⁴⁷ Les cancers d'origine professionnelle surviennent souvent lorsque la personne est à la retraite. En revanche, cela n'est pas le cas des troubles musculo-squelettiques, pour lesquels l'exposition doit être récente.

⁴⁴⁸ Durée d'exposition, délai entre l'exposition et la survenance de la pathologie, le cas échéant liste limitative des travaux effectués et examens médicaux requis.

enquête pour s'assurer que les conditions prévues par le tableau sont remplies. Si ce n'est pas le cas, un dispositif de reconnaissance complémentaire peut être mis en œuvre, l'assuré devant alors apporter la preuve du lien entre les lésions constatées et l'exposition au travail (procédure dite de l'alinéa 6⁴⁴⁹). Il en est de même lorsque qu'une maladie, pour laquelle n'existe pas de tableau (comme par exemple les affections psychiques) est susceptible d'avoir été causée par le travail de la victime (cas dits « de l'alinéa 7 »). L'instruction est dans ce cas assurée par des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles⁴⁵⁰ (CRRMP), dont l'avis s'impose à la caisse, mais pas aux juridictions.

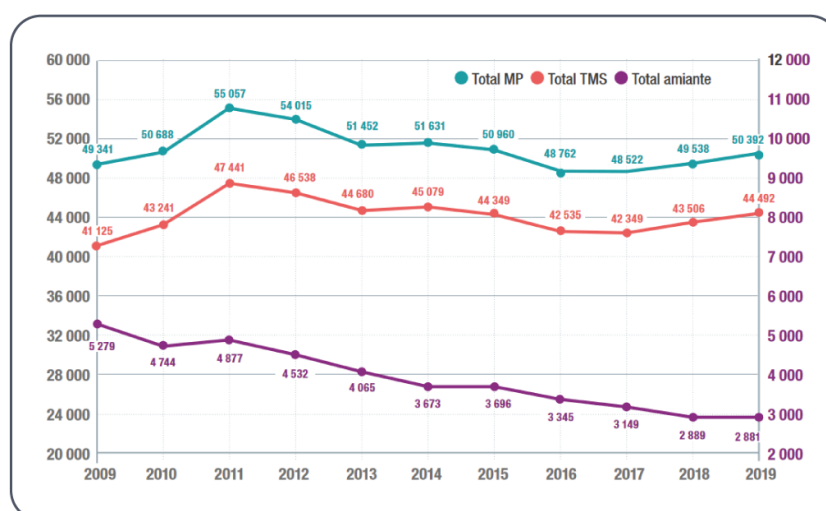
Globalement, pour l'ensemble des voies d'instruction des demandes de reconnaissance, 61,4% des décisions rendues en 2019 au titre des maladies professionnelles ont été favorables. Les décisions prises au titre du dispositif complémentaire confirment dans 40% des cas l'origine professionnelle de la maladie.

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) constituent, et de très loin, les principales maladies professionnelles reconnues en France, suivis des maladies résultant de l'exposition à l'amiante, en net recul cependant depuis dix ans.

⁴⁴⁹ De l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale.

⁴⁵⁰ Ces comités sont composés du médecin conseil régional de l'assurance maladie, du médecin inspecteur régional du travail et d'un praticien hospitalier qualifié.

Graphique n° 16 : évolution du nombre de maladies professionnelles



Source : L'Assurance maladie – Risques professionnels, rapport annuel 2019

Les modalités de fonctionnement des comités régionaux sont variables⁴⁵¹ et les avis hétérogènes : au titre de l'alinéa 6, les avis sont favorables dans 56,5% des cas en Bretagne, 27,6% en Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Corse ; au titre de l'alinéa 7, le taux d'avis favorable est de 67,8% en Bretagne, 16,6% en Bourgogne-Franche-Comté.

Au total, en France, la prééminence des TMS conduit à un très haut volume de maladies reconnues comme professionnelles, comparé à la situation d'autres pays d'Europe.

Des taux de reconnaissance des maladies professionnelles exceptionnellement élevés en France du fait des TMS

Eurogip est un Gip, financé par la branche AT-MP, à gouvernance paritaire, qui a notamment mission d'assurer une veille sur les sujets relatifs aux AT-MP en Europe. Il procède à des comparaisons régulières, en liaison avec les gestionnaires des systèmes AT-MP des autres pays européens. La dernière, réalisée en 2018 et publiée en 2020⁴⁵², témoigne du niveau

⁴⁵¹ Quelques CRRMP pratiquent un examen clinique de certains assurés, avec pour conséquence un allongement considérable des délais, dans la mesure où seuls 3 ou 4 dossiers par séance peuvent être examinés alors que sur dossier, le nombre de cas examinés par séance s'établit en moyenne à 17 dossiers.

⁴⁵² Eurogip, « Établir l'origine professionnelle d'une maladie », Rapport, juin 2020.

exceptionnellement élevé en France de la reconnaissance de l'origine professionnelle des maladies.

Globalement, pour 100 000 assurés, 258 maladies professionnelles sont reconnues en France, contre 81 en Allemagne. Cet écart s'explique essentiellement par la mise en œuvre, en France, du principe de présomption à travers les tableaux pour des maladies dont les causes sont pourtant multifactorielles, en particulier pour les TMS (comme par exemple les lombalgies ou des syndromes du canal carpien), 227 cas sont reconnus en France pour 100 000 assurés contre seulement 4 en Allemagne.

En revanche, la reconnaissance de l'origine professionnelle de cancers est proche dans les deux pays : pour 100 000 assurés, 13 en Allemagne et 10 en France.

3 - Un système soumis à la pression du contentieux

Les CPAM et le service médical mettent en œuvre des procédures très formalisées, encadrées par des délais et des obligations de transparence. Celles-ci ont été renforcées et clarifiées par des textes récents⁴⁵³, qui visent à préciser les règles garantissant le principe du contradictoire.

Malgré cela, un contentieux abondant, émanant principalement des employeurs, continue à être traité par les tribunaux. Dans la très grande majorité des cas, les décisions des caisses sont confirmées.

Les motifs de forme, à l'origine de la majorité des décisions d'annulation au début de la décennie 2010, représentent, encore en 2019, 35,1% des jugements défavorables aux caisses, lorsque les recours sont formés par les employeurs.

En 2019, 170,8 M€ ont été remboursés aux entreprises au titre des contentieux perdus et le montant des provisions relatives au risque de dénouement défavorable des contentieux est évalué 738 M€ dans les comptes combinés de la branche AT-MP pour 2020.

En application du principe de l'indépendance des parties, les décisions favorables aux employeurs, qui obtiennent l'annulation de la

⁴⁵³ Cf. décrets n°2009-938 et 2019-356 des 29 juillet 2009 et 23 avril 2019 relatifs à la procédure d'instruction des déclarations d'accidents du travail et maladies professionnelles (la réforme de 2009 pouvait être source d'incertitudes tenant à la réception par les caisses, au plus tard avant le jour de la décision, des réserves le cas échéant conservatoires, de l'employeur).

reconnaissance d'un sinistre, n'ont pas d'effet sur la reconnaissance bénéficiant aux salariés, celle-ci leur restant acquise.

**Les contentieux gagnés par les employeurs : un transfert
du coût du risque sur l'ensemble des entreprises**

Ainsi que la Cour l'a relevé⁴⁵⁴, les décisions de reconnaissance des caisses conduisent à des contestations par les employeurs, la tarification des cotisations AT-MP étant fondée pour les entreprises de plus de 150 salariés sur les coûts directs des sinistres de leurs salariés⁴⁵⁵. Les contentieux perdus par les caisses amènent la Cnam à répartir la part des cotisations qui ne sont plus imputables aux employeurs concernés, uniformément, sur l'ensemble des entreprises, y compris donc les plus petites, limitant ainsi les effets incitatifs de la tarification.

**B - Le poids des prestations en espèces et la dynamique
des indemnisations d'arrêt de travail**

**1 - Des dépenses constituées essentiellement
de prestations en espèces**

En 2020, la branche AT-MP a versé 9,3 Md€ de prestations aux victimes d'accidents ou de maladies professionnelles. À ces dépenses, s'ajoutent 2,3 Md€ de transferts⁴⁵⁶ à divers organismes et 902 M€ de frais de gestion, le résultat net de cet exercice, atypique du fait de la crise sanitaire, étant déficitaire de 222 M€.

⁴⁵⁴ Cf. Cour des comptes, « La tarification des accidents du travail et maladies professionnelles : une gestion lourde, un caractère incitatif à renforcer », in *la Sécurité sociale, rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁴⁵⁵ Les contentieux clos en 2019 ont conduit à 217 M€ de remboursements aux employeurs concernés auxquels s'ajoutaient 94 M€ de renoncations de cotisations.

⁴⁵⁶ En 2019, la branche AT-MP a versé à divers organismes près de 1,9 Md€. Le principal transfert de ressources est constitué par un versement de la branche AT-MP à la branche maladie, fixé à 1 Md€ par an depuis 2015, par la loi de financement de la sécurité sociale, après des travaux d'estimation effectués tous les trois ans. Il représente les prestations en nature et en espèces que supporterait indûment la branche maladie du fait d'accidents ou de maladies professionnelles qui ne seraient pas déclarés, et pour lesquels les frais de santé, les indemnités journalières et les dépenses d'invalidité sont à la charge de la branche maladie. La branche AT-MP dote également divers fonds dédiés concernant, notamment, les personnes exposées à l'amiante, pour 792 M€, ou la caisse nationale d'assurance vieillesse au titre des dispositifs relatifs à la pénibilité du travail, pour 111 M€.

Les prestations servies aux victimes d'accidents de travail et de maladies professionnelles sont constituées, pour l'essentiel, des versements de prestations en espèces au titre de l'incapacité temporaire ou permanente.

En 2020, les indemnités d'arrêt de travail, d'une part, et les rentes ou indemnités en capital pour les personnes présentant des séquelles, d'autre part, représentaient, respectivement, 41,4 % et 48,6 % des prestations versées, contre 10 % pour les frais de santé, pour lesquels cependant une importante incertitude existait, compte tenu de difficultés de répartition des dépenses entre les branches maladie et AT-MP.

Des frais de santé de montant incertain

Les frais de santé sont répartis entre le risque maladie et le risque professionnel en fonction de la façon dont ils ont été présentés au remboursement par les professionnels de santé, hospitaliers ou libéraux. Un assuré, accidenté du travail, peut ainsi recevoir des soins sans lien avec l'accident, qui peuvent être imputés au risque professionnel au lieu du risque maladie. Les dépenses hospitalières peuvent aussi être présentées sans indication du risque, elles sont alors imputées forfaitairement au prorata des branches et des régimes. Les procédures internes de l'assurance maladie sont également en cause : les dispositifs de contrôle interne ne couvrent qu'imparfaitement le risque d'absence de régularisation des prestations réglées sur le risque maladie antérieurement à la date de la déclaration de la maladie professionnelle. De même, lorsqu'une caisse reconnaît, à tort, un accident ou une maladie professionnelle, les droits des assurés sont maintenus et les dépenses demeurent enregistrées dans les comptes de la branche AT-MP.

2 - Une réparation partielle du dommage corporel

Outre la prise en charge intégrale des frais de santé déjà mentionnée, les indemnités journalières d'arrêt de travail sont servies, sans application d'un délai de carence et sans limitation de durée⁴⁵⁷ (alors que leur versement est limité à 3 ans au maximum pour le risque maladie), au taux de 60% du salaire brut, puis à compter du 29^{ème} jour au taux de 80%⁴⁵⁸ (50% pour le risque maladie).

⁴⁵⁷ En 2019, 7 552 sinistres concernaient des assurés bénéficiant d'un versement d'indemnités journalières de plus de trois ans, représentant 532 M€. Pour 865 sinistres, les indemnités journalières étaient versées continûment depuis au moins 5 ans.

⁴⁵⁸ Indemnisation plafonnée en 2021 à 205,84 €/j jusqu'au 28^{ème} jour puis à 274,46 €/j à partir du 29^{ème} jour.

En cas de séquelles, les prestations d'incapacité permanente ne sont, ni assujetties aux cotisations sociales, ni fiscalisées. Une prestation complémentaire pour tierce personne est versée aux assurés dont le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 80 %⁴⁵⁹.

En revanche, en contrepartie de l'application du principe de présomption, la réparation n'est que partielle, alors qu'elle est normalement intégrale, selon le droit civil et la jurisprudence, en matière de réparation du dommage corporel. Une évaluation a été faite, en 2003, à la demande du ministre chargé des affaires sociales, de l'écart entre les prestations servies par la branche AT-MP et celles qui auraient résulté de l'application du principe de réparation intégrale⁴⁶⁰. Elle a procédé selon les règles du droit civil⁴⁶¹ à une valorisation d'un échantillon de dossiers, en faisant appel à des experts (médecins conseil et médecins de compagnies d'assurance).

Selon que ces règles s'appliquent à toutes les victimes (y compris celles sans séquelles), à toutes celles ayant des séquelles, ou seulement à celles dont le taux d'incapacité résultant des séquelles est supérieur à 10 %, la dépense annuelle serait multipliée par un facteur de plus de quatre, de plus de trois ou de deux et demi.

Par exception législative au principe de la réparation partielle, une réparation intégrale est toutefois servie aux victimes de l'amiante, par le fonds d'indemnisation éponyme (Fiva) selon les règles du droit civil. Par ailleurs, selon la loi de 1898, la victime renonce à attaquer en justice son employeur, sauf à chercher à prouver la faute inexcusable de ce dernier. Dans ce cas, les rentes peuvent être majorées et d'autres recours (devant le juge pénal ou le conseil des prud'hommes) être effectués.

⁴⁵⁹ Depuis le 1^{er} avril 2020, elle est comprise entre 562,21 € et 1 687,90 € par mois selon le nombre d'actes nécessitant l'assistance d'une tierce personne. Depuis juillet 2018, le point de départ de l'indemnisation est avancé à la première constatation médicale de la maladie, dans la limite de deux ans avant la déclaration de maladie professionnelle, et non plus à la date du CMI qui établit le lien entre la pathologie et l'origine professionnelle (plus de 80 % des maladies professionnelles reconnues une année donnée ont une DPCM antérieure à la date du CMI).

⁴⁶⁰ « La rénovation de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles », rapport présenté par le comité technique de pilotage de la réforme des accidents de travail, sous la présidence de M. Michel Laroque, Inspecteur général des affaires sociales, mars 2004.

⁴⁶¹ Par poste de préjudices définis selon la nomenclature de référence, dite Dintillac.

La faute inexcusable de l'employeur

Si l'employeur a, ou aurait dû avoir conscience du danger auquel le salarié a été exposé, et n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver, une faute inexcusable peut être reconnue. Sa reconnaissance ouvre droit à une majoration de la rente par une indemnisation des préjudices non indemnisés par celle-ci. La caisse fait l'avance des indemnités accordées au titre de ces préjudices et exerce une action récursoire contre l'employeur pour être remboursée des montants avancés.

En 2017, 1 606 fautes inexcusables avaient été reconnues et 1 257 rejetées. Les majorations de rentes s'élevaient à 75,6 M€.

3 - Des prestations dont l'évolution, globalement modérée, est tirée par celle des indemnités d'arrêt de travail

Globalement, rapportées au PIB, les dépenses servies aux victimes du risque professionnel sont stables à hauteur de 0,4%⁴⁶², sur les quinze dernières années.

Cette stabilité est logique, la dépense dépendant de la sinistralité, qui, à moyen terme⁴⁶³, est directement liée, d'une part au nombre de salariés exposés au risque, lequel varie en fonction de la conjoncture économique, et d'autre part aux salaires qui servent au calcul des prestations en espèces, notamment le salaire brut perçu le mois précédant l'arrêt pour les indemnités d'arrêt de travail⁴⁶⁴.

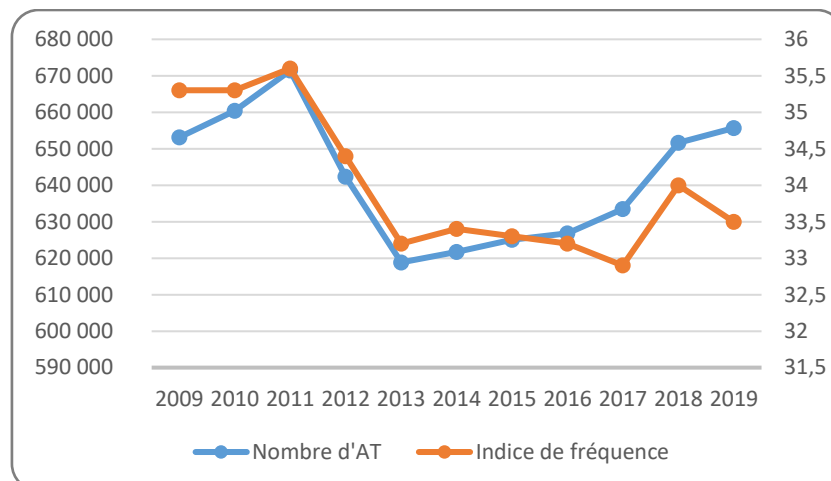
Les dépenses ont ainsi progressé depuis 2013 au rythme moyen de 1,15% par an, après des années de diminution suite à la crise financière de 2008.

⁴⁶² Données excluant la comparaison au PIB de 2020. À la deuxième décimale, elles varient selon les années, entre 0,36 % et 0,41%.

⁴⁶³ À long terme, la sinistralité évolue en fonction des efforts de prévention et de la déformation de la structure sectorielle de l'économie : le recul des activités manufacturières a contribué, durant les années quatre-vingt, à une forte réduction de l'indice de fréquence des accidents de travail.

⁴⁶⁴ Les rentes sont calculées sur la base des rémunération moyenne des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail.

Graphique n° 17 : évolution des accidents du travail

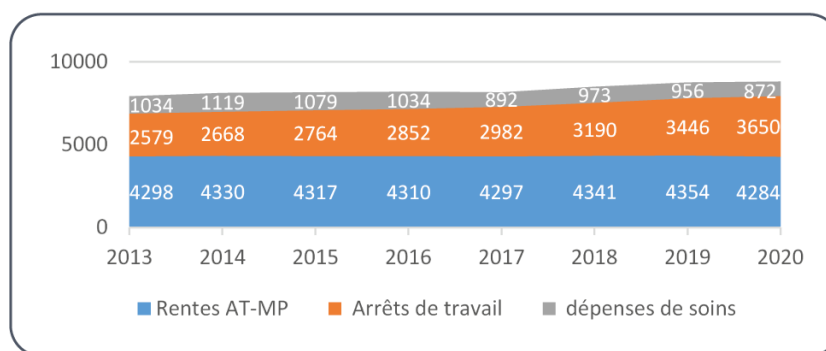


Source : Cour des comptes d'après Cnam/DRP

La relative stabilité des dépenses masque cependant l'évolution rapide des indemnités journalières d'arrêt de travail, alors que les dépenses d'incapacité permanente sont remarquablement stables. De 2013 à 2019, l'évolution du nombre des sinistres, notamment celle des TMS dont la principale thérapeutique est l'arrêt de travail, représente 28% de cette augmentation. Par ailleurs, la modification du fait générateur de l'indemnisation des maladies professionnelles⁴⁶⁵ intervenue le 1^{er} juillet 2018 induit une dépense supplémentaire de 80 M€ en 2019.

En revanche, les dépenses de rentes sont beaucoup plus inertes, 94 % des montants versés en 2019 étant liés aux décisions des exercices antérieurs.

⁴⁶⁵ À la date de la première constatation médicale de la maladie et non à celle de l'établissement du certificat médical initial.

Graphique n° 18 : évolution des prestations servies (en M€)

Source : Cour des comptes, d'après les comptes annuels

Il faut noter que la durée moyenne des arrêts s'est allongée de 53,9 jours en 2013 à 60,2 jours en 2019 (+11,7%) et les arrêts les plus longs sont ceux pour lesquels la durée augmente le plus : la durée des arrêts de plus de 2 ans augmente de 40 %, avec un coût d'autant plus important que les indemnités journalières sont majorées à partir du 29^{ème} jour.

La problématique de l'accompagnement vers la reprise de travail des salariés arrêtés pour des périodes potentiellement longues est particulièrement aigüe pour la branche AT-MP.

II - Une modernisation nécessaire autour de trois priorités

Des efforts particuliers doivent être mis en œuvre pour favoriser la contribution de la branche AT-MP à l'accompagnement des salariés en arrêt à la reprise du travail, pour accélérer les adaptations nécessaires aux règles et procédures de reconnaissance et de réparation et, enfin, pour améliorer la qualité du service rendu aux salariés et aux entreprises.

A - Le retour à l'emploi, une logique à concrétiser

En 1946, lors de son intégration à la sécurité sociale, la branche AT-MP a notamment reçu mission de faciliter la « reconstitution de la capacité de travail » du salarié en arrêt de travail, suite à un accident ou à une maladie professionnelle.

Aujourd'hui, l'objectif affirmé dans toutes les conventions d'objectifs et de gestion de la branche depuis celle de 2004-2006 est la « prévention de la désinsertion professionnelle » (PDP) : l'éloignement du travail, en principe temporaire, peut réduire fortement, s'il perdure, les chances du salarié en arrêt de retrouver son emploi, voire de reprendre toute forme de travail.

Le retour plus rapide à l'emploi est bénéfique à tout point de vue. Il est psychologiquement favorable aux victimes d'un traumatisme. Sous réserve d'être bien organisée, l'employabilité à terme des victimes est mieux préservée. Les charges d'indemnités journalières sont également réduites. Par ailleurs, l'effort d'adaptation par les entreprises des postes et des organisations du travail, nécessaire à la reprise de salariés aux capacités réduites par un accident du travail ou une maladie professionnelle, bénéficiera également, plus largement, à l'ensemble des salariés âgés, dans un contexte de rallongement de la durée de l'activité professionnelle.

Pourtant, le repérage précoce des salariés potentiellement concernés par un risque de désinsertion a tardé : aucun dispositif organisé n'existe pour faciliter les signalements de salariés en risque de désinsertion, notamment ceux émanant des médecins prescripteurs. Le panel de mesures d'accompagnement peine à s'enrichir : jusqu'en 2020, seuls sont proposés des dispositifs de formation-reconversion et le « travail léger »⁴⁶⁶. L'expérimentation de « case management », lancée en 2014 pour l'accompagnement des cas graves, a été considérée par la Cnam comme un échec en 2019.

Les dispositifs étrangers, sensiblement plus avancés, s'articulent autour de la détection précoce de la désinsertion des salariés en arrêt, de l'implication des entreprises, facteur de réussite central, et d'une prise en charge lourde de celles des victimes risquant une absence longue, et dont le coût financier et social unitaire est le plus élevé.

⁴⁶⁶ Il permet à tous les salariés malades ou accidentés une reprise de travail thérapeutique à temps partiel jusqu'en 2019, puis également à temps complet, mais avec une charge de travail allégée depuis 2020.

Le retour à l'emploi - Les bonnes pratiques en Europe

1. Détecter tôt pour organiser le retour rapide à l'emploi

En Allemagne, le médecin coordonnateur suit médicalement le salarié s'il ne peut reprendre le travail le surlendemain d'un accident.

2. Accompagner salarié et entreprise avec des mesures coordonnées

Des actions diversifiées sont mises en place en liaison avec l'entreprise et en décloisonnant les interventions des services publics. L'assurance AT-MP allemande repose notamment sur le principe « reha vor rente », la réadaptation intervenant légalement avant l'indemnisation. Elle finance des adaptations pour le maintien dans l'emploi, aménagements de l'espace de travail, équipements spécifiques, voire assistant. Si nécessaire, elle propose une formation pour rester chez le même employeur, pour rejoindre une autre entreprise ou un emploi en milieu protégé. Plusieurs pays coordonnent les intervenants : gestionnaires de cas en Suisse, coordonnateurs de réadaptation en Suède, taskforces (médecins, psychologues, ergonomes) au Danemark, le programme autrichien « fit2work » associe de nombreux acteurs.

3. Identifier les cas de salariés risquant l'éloignement de l'emploi

De 3 à 5% des accidentés du travail entraîneraient plus de la moitié des coûts médicaux et d'indemnisation. Et au-delà de 6 mois d'arrêt, les chances de réinsertion seraient divisées par deux. Aussi, dans plusieurs pays, des « case managers » coordonnent l'entreprise, les médecins et le salarié dans un plan multiforme dans la durée au bénéfice des cas graves : « case team » de la Suva⁴⁶⁷ en Suisse, plan de réhabilitation en Allemagne, « experts agréés » pilotant un « plan de retour au travail » en Suède.

S'inspirant de ces modèles, un dispositif pour une réinsertion durable de salariés en risque élevé de désinsertion professionnelle est expérimenté depuis début 2020 : détection précoce par le service médical de la CPAM, contact avec l'entreprise pour adapter l'aménagement du poste et l'organisation du travail, appui d'un assistant. Il est coordonné entre médecin-conseil, médecin du travail, Cap emploi et employeurs. De son côté, la direction générale du travail teste, depuis octobre 2020, des critères de repérage précoce des salariés en désinsertion. Un bilan de ces expérimentations n'a pu être tiré à la date des travaux de la Cour. Un projet de plateformes départementales d'échanges entre tous les intervenants de la PDP est porté par la Cnam depuis juin 2021 pour généralisation en 2023.

⁴⁶⁷ Schweizerische Unfallversicherunganstalt : caisse d'assurance suisse en cas d'accidents.

La priorité des partenaires sociaux pour la PDP dans l'accord national interprofessionnel de décembre 2020 et la loi pour renforcer la prévention en santé au travail du 2 août 2021 conduisent à renforcer le rôle de coordination des services de santé au travail, désormais dotées de cellules PDP, appelées à échanger des informations avec la Cnam et pouvant proposer un rendez-vous entre salarié en risque de désinsertion et employeur sur les actions de PDP.

L'un des facteurs de succès de cette nouvelle tentative repose sur une bonne coordination entre d'une part, les branches AT-MP et maladie et, d'autre part, l'ensemble des autres acteurs, en particulier les employeurs, qui devraient être encore davantage impliqués. Les expérimentations en cours mériteraient d'être amplifiées⁴⁶⁸ et accélérées. La proximité de l'assurance maladie des médecins prescripteurs devra également être mise à profit pour faciliter une meilleure maîtrise des renouvellements d'arrêt et la détection précoce des salariés en risque d'éloignement durable du travail, ce qui suppose une modification du formulaire d'avis d'arrêt de travail.

B - Un cadre de règles à moderniser rapidement

Deux processus centraux des maladies professionnelles gagneraient à être révisés pour améliorer le service rendu à l'assuré : l'élaboration des tableaux de maladies professionnelles et la fixation des taux d'incapacité.

1 - Simplifier la gestion des tableaux des maladies professionnelles

Selon l'article L. 461-1 du CSS, toute maladie désignée dans un tableau des maladies professionnelles et contractée dans les conditions figurant dans ce tableau est présumée d'origine professionnelle. En 2021, 119 tableaux sont en vigueur pour le régime général et 60 pour le régime agricole. Des tableaux relatifs à la covid 19 ont également été créés en 2020 pour ces deux régimes.

Les créations, modifications ou abrogations des tableaux sont préparées par le Conseil d'orientation des conditions de travail (Coct) au sein d'une commission spécialisée⁴⁶⁹ (dite CS4) relative aux pathologies

⁴⁶⁸ L'expérimentation lancée par la Cnam début 2020 porte sur 100 assurés.

⁴⁶⁹ Commission spécialisée n°4.

professionnelles, à laquelle participent les ministères et les partenaires sociaux, et devant laquelle des experts exposent leurs contributions.

Depuis 2018, chaque projet de création ou de révision donne lieu à une saisine de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)⁴⁷⁰, afin de faire réaliser par un comité d'experts une revue de la littérature scientifique sur le lien entre la pathologie et une exposition professionnelle. Au vu du rapport de l'Anses, la CS4 propose aux ministères chargés du travail, des affaires sociales et du budget de créer ou de faire évoluer les tableaux. L'avis de la CS4, non contraignant, est en pratique très largement suivi par l'administration.

Le programme⁴⁷¹ de la CS4 émane des échanges effectués en son sein, sans qu'elle dispose nécessairement du dernier état de la science par pathologie. En vue de l'élaboration de son programme, les organismes en charge de la veille sanitaire pourraient lui transmettre une revue annuelle de la littérature sur les pathologies susceptibles d'être liées à des expositions professionnelles.

La mise à jour des tableaux peut également être source de difficultés. Le lien entre une pathologie et une affection professionnelle doit être prouvé par un examen qui peut être devenu obsolète. À cet effet, au lieu d'une modification par décret, un toilettage des tableaux par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pourrait permettre une révision aussi souvent que nécessaire des examens requis pour la reconnaissance d'une maladie professionnelle.

Enfin, aux délais des travaux d'élaboration des tableaux⁴⁷², s'ajoutent des délais parfois importants pour publier les décrets relatifs à la création ou la révision des tableaux, les délais de publication des tableaux par l'administration n'étant pas encadrés par décret. À titre d'exemple, le décret du 5 mai 2017 réformant les tableaux relatifs aux affections péri-articulaires et au carcinome hépatocellulaire faisait suite à des avis de la CS4 d'octobre 2013, novembre 2014 et janvier et mai 2015. Certains tableaux ne sont par ailleurs toujours pas publiés plusieurs années après le consensus officiel (par exemple dans le cas du cancer du rein lié à une exposition au trichloréthylène, l'avis de la CS4 datant de juillet 2017).

⁴⁷⁰ La saisine, le cas échéant, d'une autre structure offrant des garanties équivalentes d'expertise scientifique et d'indépendance est également possible.

⁴⁷¹ Il est établi par le ministère du travail, après avis de la commission.

⁴⁷² En 2015, le directeur général du travail notait que « la révision du tableau 57 avait nécessité 22 réunions de groupes de travail, 8 présentations de rapports, durant quatre ans et sept mois, pour modifier cinq paragraphes, l'administration ayant pour sa part dû arbitrer à trois reprises ».

Au total, au vu des écarts très importants relevés entre les systèmes mis en œuvre par les différents pays européens, au sein desquels la France se singularise fortement en raison du traitement spécifique accordé aux TMS, il y a lieu de s'interroger sur la pertinence et l'efficacité de ce processus d'élaboration et de maintenance des tableaux des maladies professionnelles.

De manière alternative, comme cela a été organisé par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, qui a confié à l'Union des caisses nationales d'assurance maladie (Uncam) les décisions et les conditions d'inscription ou de radiation des actes et prestations au remboursement, le directeur général de la Cnam⁴⁷³ pourrait modifier les libellés des tableaux existants, après rapport de l'Anses (ou, le cas échéant, d'un autre organisme offrant une expertise scientifique et indépendante) et instruction conduite par des commissions paritaires internes propres à la branche AT-MP, puis avis de la commission des AT-MP.

2 - Harmoniser l'évaluation de l'incapacité permanente

L'article L. 434-2 du CSS prévoit que « *le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité* ». Actualisés pour la dernière fois en 1993 pour les accidents du travail et en 1999 pour les maladies professionnelles, les barèmes sont aujourd'hui non exhaustifs, souvent imprécis, et ne prenant parfois pas en compte l'évolution des connaissances et techniques médicales.

Les fourchettes de taux d'incapacité, indiquées pour chacune des pathologies, sont parfois très larges, par exemple de 10 à 100% pour les affections respiratoires chroniques⁴⁷⁴. Par ailleurs, la jurisprudence a admis que chaque caisse a la faculté de majorer le taux proposé par le médecin conseil en cas de perte de gains, le plus souvent en cas de licenciement pour inaptitude. La part des taux d'incapacité, majorés par des « coefficients professionnels », a augmenté de 4 à 8% entre 2008 et 2018.

Le contrôle interne mis en œuvre par les services du contrôle médical couvre mal le risque d'une détermination erronée du taux

⁴⁷³ Et celui de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, pour les assurés relevant de ce régime.

⁴⁷⁴ Sachant qu'en outre, le médecin évaluateur peut majorer le taux théorique en fonction des obstacles que l'âge apporte à la réadaptation et au reclassement professionnel.

d'incapacité permanente. En témoignent les infirmations nombreuses au contentieux par les juges de premier ressort. Il est à noter que les médecins-conseils, chefs de service, ne supervisent que les seuls dossiers dont le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 35%, alors que les contestations des assurés portent essentiellement sur des taux d'incapacité compris entre 0 et 10%.

Dans ce contexte de barème indicatif et de contrôle interne imparfait, le comité d'actualisation des barèmes AT-MP, institué par décret en 2016, doit s'attacher à proposer sans retard une mise à jour des barèmes, avec des fourchettes de taux réduites et des indications d'usage plus explicites, ainsi qu'un coefficient professionnel applicable de manière harmonisée à des situations limitativement énumérées. Cette révision devrait en outre avoir pour effet de réduire les contentieux.

C - Des progrès de gestion à poursuivre

1 - Un processus de gestion d'attribution des rentes à repenser dans l'intérêt des bénéficiaires

Parallèlement à l'action du service médical pour déterminer le degré d'incapacité permanente, les CPAM instruisent les demandes, calculent l'indemnité en capital ainsi que la rente et procèdent à leur paiement. Trois points de progrès sont nécessaires : les délais de traitement, la prévention des ruptures de ressources, et la substitution d'un capital aux rentes servies hors Union européenne.

Des objectifs de délais de traitement sont fixés aux caisses primaires par la Cnam. Le délai moyen de traitement est long (92,8 jours en 2019), avec de fortes disparités locales : il varie de 56,8 jours dans la Creuse à 147 jours en Seine-Maritime. Le traitement séquentiel et au fil de l'eau de la liquidation des rentes explique en partie ces délais, et mériterait d'être optimisé. Le service médical détermine si la situation d'un patient n'est plus évolutive (elle est « consolidée ») et en informe l'assuré, cette étape marquant la fin du versement des indemnités journalières. Puis, en cas de séquelles indemnifiables, le médecin conseil fixe un taux d'incapacité permanente après avoir examiné l'assuré ; lorsqu'une indemnisation est accordée, elle est notifiée à l'assuré. Enfin, la caisse détermine le salaire de référence pour le calcul de la rente, après s'être rapprochée de l'employeur, ou à défaut de l'assuré.

La détermination par le médecin conseil du taux de l'incapacité permanente, au moment où il rend son avis sur la consolidation, réduirait sensiblement les délais. Pour 2021, la Cnam a donné pour objectif au

service médical de fixer le taux de l'incapacité permanente dans les 10 jours après s'être prononcé sur la consolidation.

En outre, le premier versement de la rente n'intervenant qu'à l'issue du traitement du dossier, l'assuré, qui ne perçoit plus d'indemnités journalières à compter de l'attestation de la consolidation de ses lésions, peut se retrouver sans ressources⁴⁷⁵ pendant deux à quatre mois selon sa caisse d'affiliation, sans pour autant avoir repris le travail. Pour pallier cette situation, en 2021, la Cnam a fixé aux caisses primaires l'objectif de liquider la rente dans un délai de 45 jours. Si le degré présumé de l'incapacité est susceptible d'entraîner le versement d'une rente, les caisses primaires devraient toutefois être autorisées à procéder à une liquidation provisoire, les éventuels trop-perçus s'imputant sur les premiers montants mensuels de rente, lors de leur versement.

Par ailleurs, le contrôle des rentes servies à des bénéficiaires résidant à l'étranger doit être renforcé. En 2018, 40 527 rentes pour incapacité permanente ont été versées à des assurés résidant hors de France, pour un montant de 150 M€⁴⁷⁶, soit 3,4% du montant total des rentes.

Un programme national de la Cnam, portant sur les rentes accidents du travail et sur les pensions d'invalidité versées à des bénéficiaires résidant à l'étranger, prévoit la vérification des certificats de vie⁴⁷⁷. Plutôt qu'un contrôle supplémentaire sur place, consommateur de ressources et aléatoire, il serait plus pertinent, pour les personnes, assurés ou ayant droits, partant ou résidant déjà hors de l'Union européenne, de substituer un capital à la rente pour prémunir la branche du risque d'indu, en cas de décès de l'assuré⁴⁷⁸ ou de remariage de son conjoint⁴⁷⁹.

⁴⁷⁵ Hormis la prise en charge des soins en lien avec son accident ou sa maladie professionnelle.

⁴⁷⁶ Il s'agit majoritairement de rentes de victimes (35 964 rentes pour un montant de 97 M€) et de conjoints (4 327 rentes pour un montant de 51 M€).

⁴⁷⁷ Ils doivent être correctement complétés et signés par le bénéficiaire et être visés par un organisme officiel, la Cnam a précisé les autorités compétentes en matière de délivrance des certificats de vie (cf. LR-DDO-08/2020).

⁴⁷⁸ Les décès survenus à l'étranger ne sont actuellement découverts qu'à travers l'exploitation des certificats de vie, plus d'une année après leur survenance, rendant difficile le recouvrement des versements intervenus après la date du décès.

⁴⁷⁹ L'indemnisation en capital devrait être irréversible et serait prise en compte dans les demandes d'aides sous conditions de ressources.

2 - Une dématérialisation à accélérer

L'absence d'interopérabilité des systèmes d'information ou des réglementations restrictives de gestion des données médicales peuvent expliquer le caractère à ce jour modeste des échanges d'informations entre-eux par les gestionnaires de la branche AT-MP, laissant perdurer des risques d'erreur et une mauvaise maîtrise des délais de traitement des dossiers.

La qualité de la gestion gagne à la dématérialisation des trois principaux formulaires réglementaires : les certificats médicaux, les avis d'arrêt de travail et les déclarations d'accident de travail.

En 2019, 77,7% des déclarations d'accidents du travail et de trajet étaient transmises, par les entreprises, via le portail Net-Entreprises. Depuis le 7 août 2020, un site « declare-maladiepro.ameli.fr » permet aux personnes infectées par la covid 19 dans un cadre professionnel de déposer leur demande de reconnaissance en ligne. Son extension à l'ensemble des maladies professionnelles est envisagée.

Mais, 28% seulement des certificats médicaux étaient reçus par les caisses sous un format dématérialisé en 2019. Le taux de dématérialisation des avis d'arrêt de travail n'est pas encore mesuré par la branche au titre du risque professionnel⁴⁸⁰ limitant la capacité à détecter de manière automatique les arrêts à contrôler, pourtant essentielle à la maîtrise de la dépense d'indemnités journalières par celle des durées des arrêts et à la mise en œuvre des actions d'accompagnement au retour au travail.

3 - Un paiement à bon droit des prestations à faciliter

Les outils d'aide à l'instruction des dossiers sont essentiels pour les gestionnaires des caisses, qu'il s'agisse d'améliorer la qualité du service rendu aux salariés ou aux entreprises, d'éviter des contentieux ou de payer à bon droit les prestations.

Les modalités de détermination du salaire de référence pour le calcul des indemnités journalières ou des rentes demeurent fragiles. Sa détermination en cas d'interruption de travail dans les douze derniers mois s'effectue en dehors de l'outil de gestion. Des situations particulières nécessitent le « forçage » de l'outil. La situation des assurés ayant plusieurs

⁴⁸⁰Pour la branche maladie, moins de 45% de l'ensemble avis d'arrêt de travail étaient dématérialisés. Cf. chapitre VII du présent rapport.

employeurs ou exerçant parallèlement des activités professionnelles relevant d'autres régimes est source d'anomalies. Contrairement aux indemnités journalières, les caisses n'utilisent pas les données issues de la déclaration sociale nominative (DSN) pour sécuriser⁴⁸¹ l'information relative aux salaires à prendre en compte pour le calcul des rentes, ni même les données du dispositif de ressources mensuelles (DRM), que la Cnam contribue pourtant à alimenter⁴⁸², pour vérifier la situation matrimoniale⁴⁸³ des ayants droit. Ces mesures mériteraient d'être mises en œuvre rapidement, ainsi que la Cour l'a récemment recommandé⁴⁸⁴.

Enfin, comme la Cour l'a déjà souligné dans ses travaux précités sur les indemnités journalières maladie, une vigilance toute particulière est nécessaire au suivi des durées d'arrêts, en cohérence avec les recommandations de la Haute autorité de santé par pathologie ou lésion. Il en va aussi de la prévention des contentieux engagés par les entreprises, qui ont intérêt, pour en limiter les conséquences sur leurs taux de cotisation AT-MP, à contester l'absence de diligences suffisantes pour le contrôle de ces durées d'arrêts⁴⁸⁵.

4 - Une coordination des caisses et du service médical à renforcer

Le déploiement à venir d'un nouvel applicatif médico-administratif entre le service médical et la caisse constituera un progrès par la dématérialisation des échanges. Il contribuera à la fiabilisation des processus de reconnaissance des maladies professionnelles et d'attribution des rentes. Il devra notamment intégrer un contrôle de la concordance des taux d'invalidité, *a fortiori* lorsqu'ils sont modifiés à l'issue d'un recours amiable ou contentieux, afin de sécuriser le versement à bon droit des rentes.

⁴⁸¹ Selon la revue de performance d'octobre 2020, les taux d'anomalies sur salaires varient, selon les caisses, de 0% à 9,14% en 2018 et de 0% à 6,69% en 2019.

⁴⁸² Depuis janvier 2020, exploité par la Caisse nationale des allocations familiales, le DRM est automatiquement alimenté du montant des prestations en espèces versées par les caisses de sécurité sociale.

⁴⁸³ Les rentes d'ayant droit peuvent être attribuées au décès de la victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle au conjoint survivant à la condition qu'il soit non remarié.

⁴⁸⁴ Cf. Cour des comptes, « La lutte contre les fraudes aux prestations sociales : des progrès trop lents, un changement d'échelle indispensable », communication à la commission des affaires sociales du Sénat, septembre 2020.

⁴⁸⁵ En 2019, ce motif de recours constituait 16% des contentieux engagés par les employeurs, conduisant à réduire les taux de cotisation dans 12,4 % des cas au titre de ce motif.

Enfin, des synergies entre services administratifs et médicaux sont à rechercher dans l'organisation territoriale de l'assurance maladie. La gestion administrative des rentes d'incapacité permanente a été mutualisée dans le cadre du programme « Travail en réseau de l'assurance maladie (Tram) »⁴⁸⁶, autour de 24 pôles inter-caisses⁴⁸⁷. Toutefois, chacun de ces pôles doit toujours interagir avec l'ensemble des services médicaux des ressorts des caisses participantes. L'organisation asymétrique des services administratif et médical complique le processus d'attribution des rentes.

Pour la gestion de la reconnaissance des maladies professionnelles et la gestion des rentes, l'intégration d'équipes du service médical au sein des pôles « Tram » permettrait notamment un traitement plus harmonisé des dossiers, gage d'efficacité et d'équité pour les assurés, une diminution des risques contentieux et une meilleure fluidité des différents processus.

⁴⁸⁶ Cf. Cour des comptes, « L'organisation territoriale des réseaux de caisses de sécurité sociale du régime général : des évolutions nécessaires », in *la Sécurité sociale, rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2020. En matière d'AT-MP, dans le cadre du Tram, trois prestations sont mutualisées : les pensions d'invalidité, les rentes AT-MP et les capitaux décès. La gestion des recours contre les tiers à l'origine d'accidents, notamment routiers, pour la récupération des frais de santé est également mutualisée localement, pour les deux branches maladie et AT-MP.

⁴⁸⁷ La caisse dite « prenante » se charge des opérations de liquidation et de la mise à jour des dossiers. Les opérations d'enregistrement des charges en comptabilité, de suivi des indus et de la gestion des contentieux sont gérées par la caisse dite « cédante ».

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Malgré un équilibre financier global et l'évolution modérée des dépenses, la Cour constate la forte dynamique des dépenses d'indemnités journalières, la persistance d'incertitudes sur la correcte imputation à la branche AT-MP de certaines dépenses afférentes aux sinistres pris en charge, une application imparfaite de règles complexes, générant des contentieux coûteux et des procédures, dont la mise en œuvre est encore marquée par une forte hétérogénéité à travers le territoire.

Au-delà de la seule maîtrise des coûts de gestion, une amélioration du service rendu aux usagers est nécessaire, par la remise à plat du processus d'attribution des rentes, l'accélération de la dématérialisation et des réorganisations visant une meilleure coordination locale entre les services administratifs et médicaux. Les processus de gestion des tableaux des maladies professionnelles doivent être repensés, et les règles encadrant la détermination des taux d'incapacité doivent évoluer pour garantir une plus grande égalité de traitement entre assurés. L'assurance maladie doit tirer parti de sa double proximité des médecins prescripteurs et des entreprises, à travers la branche AT-MP, pour contribuer, conjointement avec les services de santé au travail, à l'efficacité des actions de retour à l'emploi des salariés en arrêt et en risque d'éloignement durable du travail.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 36. contrôler et améliorer les modalités d'imputation des frais de santé à la branche AT-MP (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam) ;*
- 37. accélérer les adaptations nécessaires des tableaux existants des maladies professionnelles en prévoyant notamment leur mise en œuvre par une décision du directeur général de la Cnam après avis de la commission des AT-MP (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam) ;*
- 38. homogénéiser, notamment par une évolution du barème, la détermination des taux d'incapacité et l'énumération des situations susceptibles de justifier l'application d'un coefficient professionnel (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam) ;*
- 39. rendre plus efficace l'accompagnement à la reprise du travail par une intervention précoce auprès des salariés, en lien avec leur médecin traitant, en associant durant l'arrêt de travail l'employeur et les services de santé au travail (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, secrétariat d'État chargé des retraites et de la santé au travail, Cnam).*

Chapitre X

**Le minimum vieillesse et l'allocation
de rentrée scolaire : une contribution
forte à la réduction de la pauvreté,
des performances de gestion
contrastées**

PRÉSENTATION

Après avoir étudié, en 2020, les effets des réformes engagées depuis plus de quinze ans dans le champ des retraites et dans celui de la famille, ainsi que les dispositifs de minima de pension de retraite⁴⁸⁸, la Cour a souhaité examiner deux allocations, parmi les plus importantes des dispositifs de solidarité dans ces deux branches, que sont le minimum vieillesse et l'allocation de rentrée scolaire (ARS).

Accordées l'une et l'autre sous conditions de ressources, elles ont bénéficié en 2020, respectivement, à près de 750 000 personnes âgées et à trois millions de familles aux revenus les plus modestes. Les dépenses correspondantes ont représenté 3,9 Md€ pour le minimum vieillesse, et 2,6 Md€ pour l'allocation de rentrée scolaire.

L'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa), qui a remplacé en 2007 plusieurs allocations constitutives du minimum vieillesse, porte le revenu disponible jusqu'à un seuil fixé par voie réglementaire. Sous l'effet de revalorisations successives, elle a accompagné la réduction du nombre des personnes âgées demeurant sous le seuil de pauvreté, mais sa gestion est sujette à de fréquentes erreurs de liquidation et elle connaît un taux élevé de non-recours (I).

L'ARS apparaît, par contraste, simple dans ses conditions d'attribution et bien identifiée par ses bénéficiaires potentiels. Une modulation accrue des montants de l'ARS entre les classes d'âge des élèves, parfois évoquée pour mieux les ajuster aux coûts estimés de la rentrée scolaire, devrait prendre en compte les autres aides à la scolarité (II).

⁴⁸⁸ Cour des comptes, chapitre III : « L'évolution des dépenses de prestations familiales et d'assurance retraite : des réformes et des effets importants pour les assurés » et chapitre VII : « Les minima de pension de retraite : un système complexe à la logique devenue incertaine », in *La Sécurité sociale - rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

I - L'allocation de solidarité aux personnes âgées : une contribution forte à la réduction de la pauvreté, une qualité de liquidation et un accès aux droits mal assurés

Le minimum vieillesse, le plus ancien des minima sociaux (1956), a contribué à réduire le taux de pauvreté des personnes âgées en leur garantissant un niveau minimal de ressources (A). Sa gestion se caractérise cependant par de nombreuses erreurs de liquidation et il est marqué par un taux élevé de non recours ; ces constats appellent des actions nouvelles en matière de contrôle, d'information et de simplification (B).

A - Des dépenses désormais croissantes, un soutien significatif aux ménages aux revenus modestes

Aux termes de l'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale (CSS), l'objectif de solidarité entre les générations passe, notamment, par la « *garantie d'un niveau de vie satisfaisant pour tous les retraités* ». Dans la poursuite de cet objectif, le minimum vieillesse tient une place centrale, en complément des pensions de droits directs ou de réversion et des minima de pension⁴⁸⁹ qui leur sont attachés. Il a, en effet, permis de soutenir fortement le revenu des personnes âgées concernées.

1 - Une allocation de solidarité qui a crû plus rapidement que les minima de pension de retraite et que le seuil de pauvreté

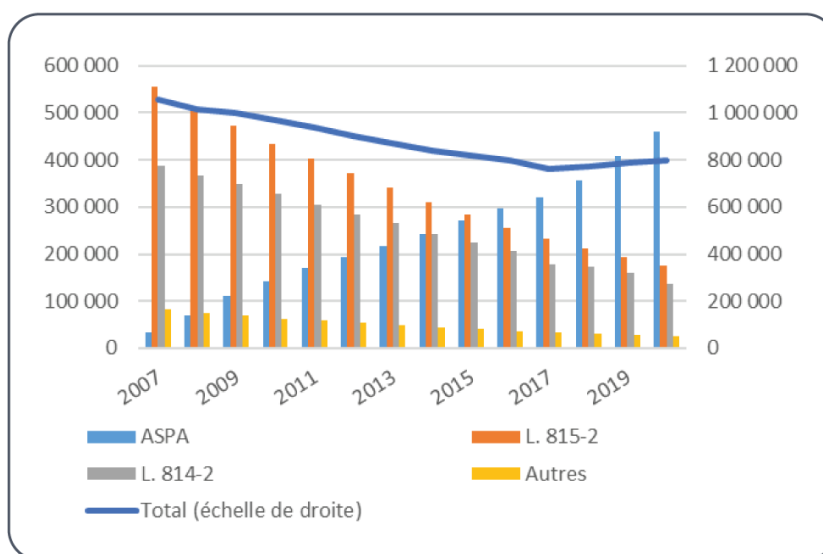
a) Une allocation composite versée sous conditions

L'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) n'est, en dépit de la volonté de simplification qui a présidé à sa création en 2007, qu'une

⁴⁸⁹ Accordés par les régimes de retraite pour rehausser le niveau des pensions les plus modestes. Cf. Cour des Comptes, « *Les minima de pension de retraite : un système complexe à la logique devenue incertaine* », in *La sécurité sociale - rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2020. La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

des allocations versées aujourd'hui au titre du minimum vieillesse, puisque plusieurs de celles qui étaient en place auparavant (dites de niveau 1⁴⁹⁰ et de niveau 2⁴⁹¹) restent servies aux personnes qui ont choisi d'en conserver le bénéfice⁴⁹².

Graphique n° 19 : évolution du nombre des bénéficiaires des allocations constitutives du minimum vieillesse (2007-2020)



Source : Cour des comptes, à partir des données du FSV

En 2020, 3,95 Md€ ont été consacrés au minimum vieillesse, au bénéfice de près de 750 000 allocataires⁴⁹³. Les allocations de l'ancien dispositif représentaient encore près de la moitié du nombre d'allocations et un peu plus du tiers des montants versés au titre du minimum vieillesse, comme l'indique le tableau suivant.

⁴⁹⁰ Allocations pour les vieux travailleurs salariés et non-salariés (AVTS et AVTNS), allocations prévues aux articles L. 814-1 du code de la sécurité sociale (Saspa), L. 814-2, L. 643-1 (CnavPL), secours viager et allocation mères de familles.

⁴⁹¹ Allocation supplémentaire du minimum vieillesse (ASV) prévue à l'art. L. 815-2 du code de la sécurité sociale, qui porte les ressources au niveau du minimum vieillesse.

⁴⁹² Aucun nouvel allocataire n'est entré depuis 2007 dans les dispositifs antérieurs et leur âge moyen est désormais proche de 85 ans.

⁴⁹³ Le nombre d'allocations servies (cf. tableau n° 1) est supérieur à celui des bénéficiaires, puisqu'environ 50 000 personnes perçoivent encore deux allocations de l'ancien dispositif.

**Tableau n° 34 : dépenses et nombre d'allocations constitutives
du minimum vieillesse versées en 2020**

	Total (1)	Aspa	Niveau 1	Niveau 2 (ASV)
Dépenses (M€)	3 946	2 669	415	862
Nombre	797 328	460 720	161 929	174 679

Source : Cour des comptes, à partir des données du FSV

(1) : y compris l'allocation spéciale aux personnes âgées à Mayotte 494(18,5 M€).

L'Aspa est soumise à une condition de subsidiarité (avoir fait valoir tous ses droits à pension), à une condition d'âge (65 ans⁴⁹⁵), à une condition de résidence en France d'au moins six mois durant l'année civile de versement de la prestation et à une condition de régularité du séjour s'agissant des demandeurs étrangers résidant en France.

Elle est versée sans lien avec l'activité professionnelle antérieure, à l'inverse des minima de pension de retraite. Soumise à une condition de revenus, son montant correspond à la différence entre le revenu mensuel du foyer et un plafond de ressources mensuelles (906,81 euros pour une personne seule et 1 407,82 euros pour un couple au 1^{er} janvier 2021).

La plupart des ressources de l'allocataire et de son conjoint éventuel sont prises en compte, dont les revenus professionnels⁴⁹⁶, les revenus mobiliers et immobiliers et les pensions de vieillesse et d'invalidité. Les allocations logement sont, en revanche, exclues du calcul des ressources.

Comme les allocations du minimum vieillesse, l'Aspa donne lieu à une récupération sur succession auprès des héritiers ou des ayant-droits de l'allocataire pour la partie de l'actif successoral supérieure à 39 000 €⁴⁹⁷, ce seuil étant de 100 000 € en outre-mer⁴⁹⁸. Le montant de la récupération

⁴⁹⁴ Le montant du minimum vieillesse est, à Mayotte, de 50 % du niveau de l'Aspa en métropole. Il atteint, à Saint-Pierre-et-Miquelon, 130 % de ce niveau.

⁴⁹⁵ Les personnes inaptes au travail ou assimilées et les assurés handicapés atteints d'une incapacité permanente d'au moins 50 % peuvent bénéficier de l'Aspa à partir de l'âge légal de départ à la retraite, sans attendre 65 ans.

⁴⁹⁶ Le décret n° 2014-1568 du 22 décembre 2014 prévoit la possibilité de cumuler la totalité de l'Aspa et un montant maximal de revenu d'activité fixé annuellement.

⁴⁹⁷ Article L. 815-13 du code de la sécurité sociale.

⁴⁹⁸ Loi de programmation relative à l'égalité réelle en outre-mer du 28 février 2017. Cette mesure (article L. 815-13 du CSS) est en vigueur jusqu'à fin 2026.

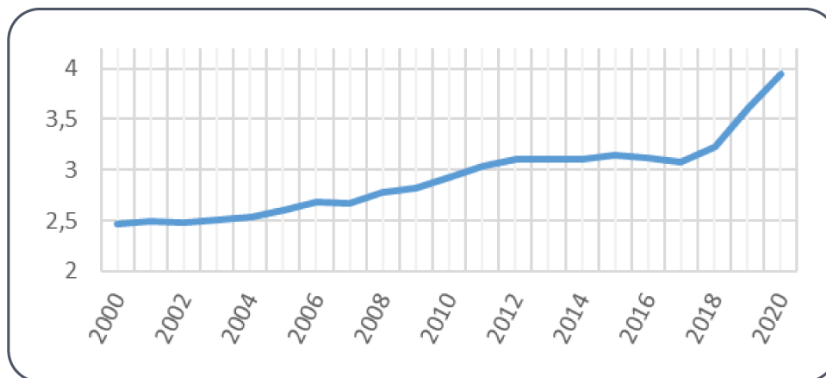
est plafonné⁴⁹⁹. Une quote-part des montants récupérés est conservée par chaque régime concerné (20 % pour l'Aspa et 10 % pour l'ASV).

b) Des dépenses financées par le FSV, en augmentation depuis 2018

Les allocations du minimum vieillesse sont servies aux bénéficiaires par vingt-quatre caisses et régimes de retraite. La Cnav en verse environ 80 % aux assurés du régime général. Les allocataires relevant de la MSA comptent pour 4 % du total et ceux relevant des autres caisses de retraite⁵⁰⁰ en représentent 5 %. Les personnes qui ne sont affiliées à aucun régime de retraite (11 % du total) dépendent du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Saspa), géré par la CCMSA depuis 2020⁵⁰¹.

Ces dépenses sont financées, du fait de leur nature non-contributive, par le fonds de solidarité vieillesse (FSV)⁵⁰². Les revalorisations de l'Aspa mises en œuvre de 2009 à 2012 les ont portées à 3,11 Md€ en 2013 (+25 %), et celles organisées par la LFSS pour 2017 à 3,95 Md€ en 2020 (+12 % de 2018 à 2020).

Graphique n° 20 : dépenses du minimum vieillesse, 2000-2020 (Md€)



Source : Cour des comptes, données FSV

⁴⁹⁹ Soit 7 354,12 € par an pour une personne seule et 9 838,68 € pour un couple.

⁵⁰⁰ Cavimac, CnavPL, CNRACL, SNCF, CRPCEN.

⁵⁰¹ Le Saspa était géré par la Caisse des dépôts jusqu'à fin 2019.

⁵⁰² Pour le FSV, elles représentent environ 80 % des prises en charge de prestations et 20 % du total des charges de solidarité (prises en charge de prestations et de cotisations).

La hausse des dépenses au titre du minimum vieillesse s'est accélérée en 2018, accompagnée d'une augmentation du nombre d'allocataires, qui a renversé la tendance baissière observée depuis la création de cette allocation de solidarité (cf. graphique n° 1 *supra*).

La crise sanitaire a entraîné, durant la période de confinement au premier semestre 2020, une diminution d'environ un tiers des demandes d'allocation par rapport à l'année précédente. Ont joué en ce sens le report des dépôts de dossiers de départs à la retraite et celui de demandes d'Aspa, qui continuent de nécessiter l'envoi de formulaires non-dématérialisés. La dynamique a repris à l'été 2020 et les dépenses totales du minimum vieillesse ont finalement été très proches, sur l'ensemble de l'année, de la prévision de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021⁵⁰³ au titre de 2020, en hausse de 340 M€ par rapport à 2019.

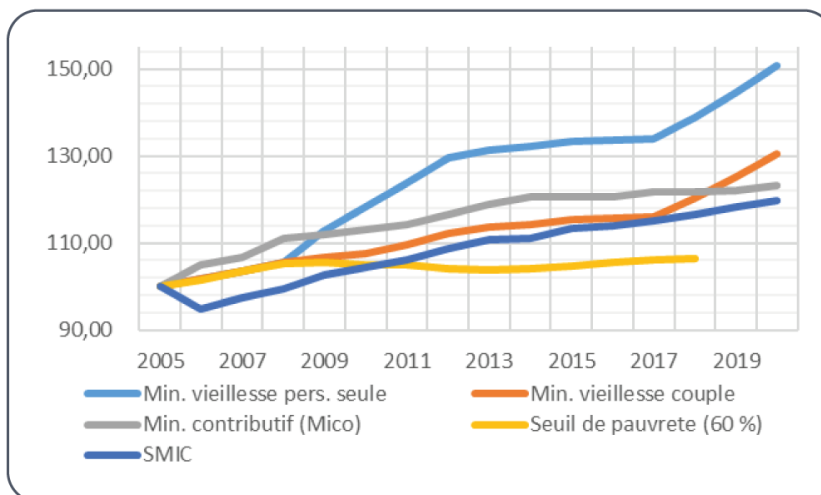
*c) Une évolution du minimum vieillesse plus soutenue
que celles des minima de pension et du seuil de pauvreté*

Allocation différentielle, l'Aspa comble l'écart entre les revenus du foyer de l'allocataire et le plafond de ressources fixé pour le minimum vieillesse. Les montants servis aux bénéficiaires de pensions de retraite sont notamment conditionnés par les niveaux des minima de pension versés par les différents régimes de retraite, qui concernent une majorité de retraités au minimum vieillesse.

Or, bien qu'il soit indexé sur l'inflation comme les minima de pension, le minimum vieillesse a progressé plus rapidement que ces derniers, grâce aux revalorisations exceptionnelles mises en œuvre depuis 2009. Il a été multiplié par 1,5 pour une personne seule entre 2005 et 2020 en euros courants, quand le Smic et le seuil de pension à partir duquel un nouveau retraité est éligible au minimum de pension du régime général (Mico) n'étaient multipliés que par 1,2, et le seuil de pauvreté (à 60 % du niveau de vie médian) par moins de 1,1.

⁵⁰³ Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Graphique n° 21 : évolution du minimum vieillesse, du seuil du Mico, du seuil de pauvreté et du Smic (2007-2020)



Source : Cour des comptes

Du fait de ces dynamiques, l'Aspa, fixée à sa création en 2007 à 60 % du seuil de pauvreté, en représentait 78 % en 2018.

2 - Un taux de pauvreté des personnes âgées inférieur à celui de l'ensemble de la population

a) Des allocataires fréquemment isolés et aux carrières incomplètes

Âgés en moyenne de 74,3 ans (2019), les allocataires du minimum vieillesse vivent plus souvent seuls (75 % d'entre eux⁵⁰⁴) que l'ensemble des personnes âgées de soixante-deux ans et plus (43 %). Ces allocataires sont majoritairement des femmes (56 %), surreprésentées dans les tranches d'âge élevées du fait de leur longévité et de pensions de retraites généralement plus faibles que celles des hommes. Les femmes représentent ainsi 72 % des allocataires de plus de 85 ans.

⁵⁰⁴ Allocataires de l'ASV et de l'Aspa de 62 ans et plus. Rapport *Les retraités et les retraites – 2021*. Drees.

Les bénéficiaires disposant d'un droit propre de retraite ont des carrières le plus souvent incomplètes. Ils n'ont, en moyenne, validé que 92 trimestres, voire, pour 42 % d'entre eux, moins de 80, et perçoivent en moyenne une pension de droit direct de l'ordre de 450 euros par mois. Seuls 11 % des allocataires ont eu une carrière complète⁵⁰⁵, qui ne leur a pas assuré un niveau de revenus au moins égal au plafond du minimum vieillesse. Le conseil d'orientation des retraites (COR) a montré, à partir d'un cas type⁵⁰⁶, qu'une carrière complète entièrement cotisée au niveau du Smic assurait un niveau de pension supérieur d'environ 10 % au minimum vieillesse.

L'évolution du taux de service⁵⁰⁷ renseigne sur les ressources propres des bénéficiaires. Pour l'Aspa, ce taux a reculé de 60,7 %, en 2010, à 57,2 % en 2020. Celui des anciennes allocations a baissé pour les aides de niveau 1 de 95,3 % à 89,6 % pour l'AVTS et de 62,9 % à 61,3 % pour l'allocation supplémentaire (L. 814-2). Seul le taux de service de l'allocation de niveau 2 (ASV, prévue à l'article L. 815-2 du CSS) a crû pendant cette même période, de 59,5 % à 69,0 %.

Les allocataires du minimum vieillesse sont, en proportion, plus nombreux dans le sud de la France (arc méditerranéen et Corse) et en outre-mer, ainsi que, dans une moindre mesure, dans le nord et le sud-ouest.

b) Un dispositif ciblé de lutte contre la pauvreté

L'Aspa est, avec l'allocation pour les adultes handicapés (AAH), le minimum social ayant connu la plus forte hausse depuis 1990⁵⁰⁸. Le pouvoir d'achat des allocataires du minimum vieillesse a augmenté de 30,1 % de 1990 à 2020 sous l'effet des revalorisations successives de l'Aspa⁵⁰⁹. Le minimum vieillesse représente un montant de l'ordre de 78 % du seuil de pauvreté⁵¹⁰, mais trois allocataires du minimum vieillesse sur

⁵⁰⁵ 14 % pour les hommes, et 10 % pour les femmes. Ce taux est de 68 % pour les retraités non-allocataires du minimum vieillesse.

⁵⁰⁶ Rapport du COR, *Évolutions et perspectives des retraites en France*. Nov.2020.

⁵⁰⁷ Montant de l'allocation servie rapporté au montant maximum réglementaire de l'Aspa. Il approche 100 % si les ressources propres sont quasi-nulles.

⁵⁰⁸ Selon la Drees, 3 % des allocataires de l'AAH (soit 32 000) percevaient également le minimum vieillesse en 2017 (soit environ 6 % des allocataires du minimum vieillesse).

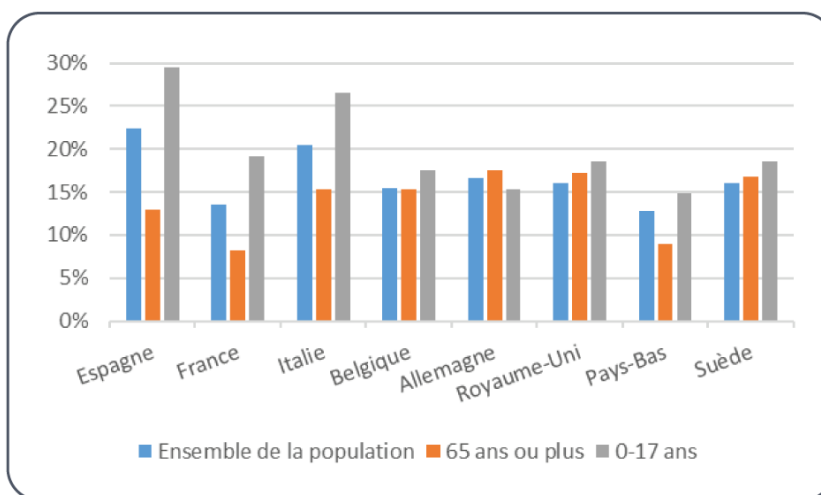
⁵⁰⁹ Celui des couples d'allocataires du minimum vieillesse n'avait que peu progressé entre 1990 et 2018, les revalorisations de 2009-2012 ayant visé les personnes seules. Il a connu une augmentation de 9,7 % depuis lors.

⁵¹⁰ Seuil égal à 60 % du niveau de vie médian de l'ensemble de la population française.

cinq bénéficient également d'aides au logement, ce qui pouvait, en 2020, porter le revenu d'une personne seule à 110 % du seuil de pauvreté.

Au total, le taux de pauvreté parmi les retraités de 65 ans et plus, défini comme la proportion de personnes dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, n'était parmi les retraités de 65 ans et plus que de 8,7 % en 2018⁵¹¹, taux sensiblement inférieur à celui de l'ensemble de la population (14,8 %). Parmi les huit pays européens étudiés par le COR, le taux de pauvreté des personnes de 65 ans ou plus est le plus bas en France. Il y est inférieur de plus de dix points au taux de pauvreté des moins de 18 ans⁵¹², comme en Italie et en Espagne.

Graphique n° 22 : taux de pauvreté monétaire selon l'âge dans huit pays européens (au seuil de 60 %, en 2016)



Source : Rapport annuel du COR, novembre 2020. Données Eurostat

⁵¹¹ Ce taux de pauvreté s'est très fortement réduit entre 1970 et 1995, et stabilisé depuis.

⁵¹² Selon l'OCDE, le taux de pauvreté des plus de 65 ans (au seuil de 50 % du revenu médian) est supérieur au taux de pauvreté de l'ensemble de la population aux États-Unis (23,1 %), au Japon, au Royaume-Uni et en Suède, et très proche au Canada et en Allemagne. Il lui était inférieur dans les autres pays, notamment en Espagne (de 6,1 points), en France (de 4,9 points, à 3,4 %) et aux Pays-Bas (de 5,2 points, à 3,1 %).

B - Le paiement à bon droit de l'Aspa et l'égal accès à la solidarité nationale mal assurés

Si le « filet de sécurité » que constitue le minimum vieillesse a ainsi soutenu efficacement les revenus des allocataires entrés dans le dispositif, sa gestion est cependant affectée de nombreuses erreurs et des personnes pourtant éligibles continuent de ne pas en bénéficier, ce qui pose la question de l'égal accès de tous aux droits sociaux.

1 - Un contrôle des conditions d'éligibilité insuffisant, une supervision des dépenses à renforcer

L'Aspa est l'une des allocations sur lesquelles se concentrent les risques d'erreurs et de fraude les plus élevés.

a) Des taux d'erreurs et des risques de fraude élevés

Les faiblesses des dispositifs de contrôle interne du minimum vieillesse ont été documentées par la Cour dans le cadre de la certification des comptes de la branche vieillesse du régime général, ainsi que dans son rapport récent sur la fraude aux prestations sociales⁵¹³.

La fréquence des erreurs a continué d'augmenter en 2020, atteignant 23,8 % pour l'Aspa. Ainsi, près d'une liquidation sur quatre a comporté au moins une erreur ayant une incidence financière, au détriment de l'allocataire dans 75 % des cas. Près des trois quarts des fraudes détectées dans la branche vieillesse⁵¹⁴ concernent le minimum vieillesse, principalement pour non-respect des conditions de résidence ou de ressources dont les organismes gestionnaires soulignent la complexité et la difficulté de contrôle.

⁵¹³ Cour des comptes : « Certification des comptes du régime général de sécurité sociale » et « La fraude aux prestations sociales », 2020, La Documentation française disponible sur www.ccomptes.fr.

⁵¹⁴ 71 % du montant des préjudices subis à ce titre, alors qu'elles ne concernaient que 3,5 % des retraités de droit propre et 2,1 % des montants de prestations en 2019.

Cette situation, qui concerne également la CCMSA, tient en partie à la complexité des règles d'éligibilité et à des échanges d'informations encore non-dématérialisés avec le demandeur.

b) De multiples données déclaratives dont le cumul complique la vérification et le paiement à bon droit

Au-delà des contrôles réalisés au moment de l'instruction de la demande présentée par le futur allocataire, des circulaires⁵¹⁵ prévoient la vérification régulière de la situation du bénéficiaire, un an après l'attribution, puis deux ans plus tard, par l'envoi d'un questionnaire.

S'appuyant sur l'article R. 815-39 du code de la sécurité sociale, qui prévoit la possibilité de contrôler à tout moment le respect des conditions d'éligibilité à l'Aspa, la Cnav a, à titre expérimental, abandonné l'envoi de questionnaires en juillet 2020, au profit d'une interrogation mensuelle de l'outil *Échanges inter-régimes de retraite* (EIRR). L'objectif est de confronter régulièrement les déclarations des assurés aux données de ce référentiel pour mieux cibler les dossiers à contrôler ou à réviser. Le bilan qui sera tiré de cette expérimentation devra tenir compte des limites que conserve l'EIRR, relevées par la Cour, notamment, dans son rapport précité sur la fraude aux prestations sociales.

À compter de 2022, le dispositif ressources mensuelles (DRM)⁵¹⁶ devrait permettre de détecter plus facilement les fraudes aux ressources. Il facilitera, par ailleurs, la mise en place d'un télé-service qui fait encore défaut. L'allocataire continue d'envoyer des pièces justificatives à la caisse gestionnaire et n'a pas accès à un formulaire pré-rempli par celle-ci.

Par ailleurs, le respect des conditions de résidence et de régularité du séjour⁵¹⁷ n'est pas aisé à vérifier en raison, notamment, de la liberté de circulation dans l'espace européen, de l'absence de fichier sur les sorties de territoire et de la faible profondeur historique du fichier tenu par le ministère de l'intérieur (AGdref) relatif aux ressortissants étrangers en France et utilisé pour vérifier les échéances des titres de séjour.

⁵¹⁵ Circulaire DSS du 14 janvier 1975 et circulaire Cnav 69-88 du 7 juin 1988.

⁵¹⁶ Dispositif mis en place par la caisse nationale des allocations familiales, qui rassemble des informations sur les ressources des allocataires.

⁵¹⁷ Pour les ressortissants français, résider en France ou séjourner de façon principale en France pendant plus de six mois (ou 180 jours) l'année concernée. Pour les ressortissants étrangers, résider régulièrement en France (foyer permanent ou séjour principal pendant plus de six mois) et relever d'une des situations précisées par les textes.

Pour les bénéficiaires de l'allocation de niveau 1 (non-soumise à condition de résidence en France) qui vivent à l'étranger, soit environ 130 000 allocataires, la fiabilité des certificats d'existence conserve des limites. Dans le cas de retraites versées par des régimes étrangers, la Cnav est tributaire des déclarations de ressources transmises par le pensionné, l'EIRR ne renseignant pas ces situations de manière fiable.

C'est pourquoi la Cnav a exploré, dans le contexte de crise sanitaire, des pistes de réforme de l'Aspa, pour en simplifier les règles et en automatiser la gestion.

Des pistes pour simplifier l'Aspa

La Cnav a étudié en 2020 les voies d'une simplification de la réglementation relative aux conditions de ressources, dans le but de faciliter l'accès aux droits à l'Aspa et de favoriser la dématérialisation des demandes et l'automatisation de leur traitement.

Parmi les pistes identifiées faisant l'objet d'une analyse technique figurent l'alignement de l'assiette des ressources prises en compte sur l'assiette fiscale, une adaptation de la règle de valorisation des revenus mobiliers et immobiliers⁵¹⁸, une simplification de la règle relative aux donations qui prévoit aujourd'hui deux taux de valorisation, la non-prise en compte des ressources qui ne sont plus perçues à la date d'effet de la retraite (allocation chômage, indemnités journalières, par exemple), ainsi qu'une actualisation du plafond de la récupération sur succession.

c) Une organisation du Saspa porteuse de risques

Les charges de prestations du Saspa s'élevaient à 644,4 M€ en 2020, au bénéfice d'environ 68 000 allocataires n'étant affiliés à aucun régime de retraite. Le transfert du Saspa de la Caisse des dépôts et consignations à la CCMSA a pris effet le 1^{er} janvier 2020.

Les allocataires du minimum vieillesse géré par le Saspa sont souvent plus âgés que les autres allocataires et fréquemment dans des situations de précarité. Plus d'un tiers sont de nationalité étrangère. Ces spécificités avaient conduit la Caisse des dépôts à centraliser et à

⁵¹⁸ Application, actuellement, d'un forfait de 3 % de la valeur vénale des biens, quelle que soit la nature et la réalité des revenus qui en sont retirés.

spécialiser la gestion de ce service, notamment pour vérifier la condition de résidence. La CCMSA a fait le choix inverse, en confiant la prise en charge de ces dossiers à dix-sept des trente-cinq caisses de son réseau, l'accueil étant réalisé par l'ensemble des caisses.

La maîtrise insuffisante des risques par les caisses du réseau de la MSA a fait l'objet de plusieurs constats dans le rapport que la Cour a récemment consacré à la MSA⁵¹⁹. Près d'un tiers des anomalies et fraudes détectées par les caisses de la MSA dans le champ des retraites concernent le minimum vieillesse. Les contrôles effectués fin 2020 par la direction comptable et financière de la CCMSA sur un échantillon de dossiers gérés par le Saspa ont montré que 8 % d'entre eux comportaient au moins une erreur ayant une incidence financière (avec un taux d'erreur représentant 2,1 % des montants versés), trois quarts de ces erreurs étant liées à la saisie, en l'absence de télé-procédures. Ces constats appelaient la mise en place d'actions de contrôle portant spécifiquement sur le minimum vieillesse et le Saspa, que la caisse centrale indique avoir engagées depuis lors.

Par ailleurs, il importera que l'organisation retenue pour la gestion du Saspa ne retarde pas la transmission au FSV de l'information relative au décompte des effectifs et aux montants servis, dont le fonds a besoin pour contrôler les dépenses qu'il finance.

*d) Les limites du contrôle des dépenses et de la supervision
des dispositifs de contrôle interne par le FSV*

Le FSV rend compte, dans un rapport annuel présenté à son conseil d'administration, des dispositifs de contrôle interne mis en œuvre par les régimes de retraite et par le Saspa pour sécuriser les opérations dont il assure le financement.

Cette synthèse et les recommandations formulées souffrent du manque d'exhaustivité et de fiabilité des données reçues des caisses et régimes gestionnaires. Le FSV n'est, de ce fait, pas en mesure de porter une appréciation globale et étayée sur la gestion de ce minimum social, et,

⁵¹⁹ La Cour avait constaté que les niveaux élevés d'erreurs affectant les prestations résultaient en large partie du manque de contrôles automatisés dans les systèmes d'information, de l'hétérogénéité des organisations et des capacités de gestion des caisses locales et de l'accompagnement perfectible par la caisse centrale de celles qui présentent des résultats dégradés. Cf. Rapport public thématique : « *La Mutualité sociale agricole* », mai 2020. La Documentation française.

en particulier, sur le degré de maîtrise des risques de portée financière et comptable afférents à cette gestion. Une vision transverse favoriserait pourtant une approche plus homogène du contrôle interne par les principaux organismes gestionnaires, comme l'avait recommandé la Cour⁵²⁰ en 2012.

2 - Un taux de non-recours parmi les personnes éligibles très élevé, dont la mesure reste à établir

Le minimum vieillesse se caractérise par un taux de non-recours élevé, qu'expliquent principalement une méconnaissance de ce dispositif, sa complexité et la récupération sur succession.

a) Une connaissance et une mesure très partielles du non-recours

Un rapport parlementaire sur l'évaluation des politiques publiques en faveur de l'accès aux droits sociaux de 2016⁵²¹ soulignait que l'Aspa était probablement l'une des prestations les plus affectées par le non-recours. Plusieurs études ont confirmé depuis ces présomptions. En 2018, un sondage réalisé par la CCMSA auprès de plusieurs caisses de son réseau a mis en lumière l'effet dissuasif du recours sur succession et confirmé la nécessité d'une information sur le minimum vieillesse plus systématique auprès des personnes éligibles.

L'année suivante, dans le cadre de travaux de *data mining* destinés à identifier des personnes ne recourant pas à l'Aspa, la Cnav a réalisé une enquête à partir d'un lot de 12 000 dossiers de mono-pensionnés vivant seuls, titulaires d'un droit propre et résidant en France. Le taux de non-recours se situait, sur la base des ressources connues par la branche retraite, entre 34 % et 49 % selon les hypothèses retenues. L'interrogation directe de 350 de ces assurés a montré que les trois quarts environ pouvaient prétendre à l'Aspa, que la moitié ne connaissaient pas ou pas

⁵²⁰ Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2012. Cour des comptes. Chapitre XIV *La couverture vieillesse des personnes les plus pauvres*. Documentation française.

⁵²¹ Assemblée nationale, Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques, rapport n° 4158 de Mme Gisèle Biémouret et M. Jean-Louis Costes sur l'évaluation des politiques publiques en faveur de l'accès aux droits sociaux, 26 octobre 2016.

bien ce dispositif et que la récupération sur succession expliquait une partie des non-recours.

Constatant le caractère partiel de ces données, la Drees a engagé une étude transverse sur le non-recours au minimum vieillesse à partir des données de l'échantillon inter-régimes de retraités (EIR-2016) et de données fiscales, dont les résultats sont attendus à la fin de l'année 2021.

b) Des actions d'information à renforcer

Les caisses gestionnaires du minimum vieillesse ont une obligation d'information, en raison du caractère quérable de cette allocation de solidarité, qui n'est servie qu'après demande expresse des personnes. Les formulaires en ligne de demande de retraite mentionnent la possibilité d'un recours au minimum vieillesse, sans toujours en détailler les conditions d'éligibilité.

Des documents présentant l'Aspa sont transmis aux futurs retraités ou mis à leur disposition dans le cadre de l'accompagnement individuel à la retraite et lors de la liquidation de la pension, mais les actions d'information à destination des publics visés devraient être renforcées. Afin d'améliorer l'accès aux droits, l'identification des bénéficiaires potentiels devrait s'appuyer plus systématiquement sur les données détenues ou partagées par les caisses de retraite et sur l'EIRR, puis sur le dispositif ressources mensuelles (DRM) en cours de déploiement.

c) La récupération sur succession

La récupération sur succession porte sur la partie de l'actif net de la succession supérieure à un montant fixé par décret, inchangé depuis 1982 (39 000 euros). L'accroissement du nombre des bénéficiaires qui pourrait résulter d'une hausse du seuil de récupération sur succession de l'Aspa de 39 000 à 100 000 euros, telle que la recommande un rapport remis au Premier ministre en mai 2021⁵²², demeure incertain. La quasi stabilité du nombre des allocataires de l'Aspa affiliés à la MSA observée à la suite de la réduction, en 2011, de la base de l'actif successoral applicable à cette catégorie de bénéficiaires a confirmé, en effet, que le non-recours avait d'autres raisons que la récupération sur succession.

⁵²² Rapport sur les *Retraites et retraités modestes* de MM. L. Causse et N. Turquois, députés, remis le 10 mai 2021.

Le rendement de ce dispositif n'était que de 3,1 % de la dépense annuelle en 2019 (soit 112 M€ recouvrés à ce titre⁵²³), un taux en forte baisse depuis dix ans (6,3 % en 2010). Pour des enjeux très inférieurs, la récupération sur succession applicable à l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) a été supprimée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, à compter du 1^{er} janvier 2020, en raison de la faiblesse des montants recouvrés.

II - L'allocation de rentrée scolaire : un dispositif redistributif simple à gérer, des modalités d'attribution à réexaminer

L'allocation de rentrée scolaire (ARS), créée 1974, soutient les familles modestes lors de la rentrée scolaire de leurs enfants âgés de six⁵²⁴ à dix-huit ans. Elle est l'une des prestations familiales d'entretien accordées dès le premier enfant à charge⁵²⁵. Attribuée sous conditions de ressources, elle fait l'objet d'un versement unique au mois d'août.

Bien identifiée par les familles concernées, l'ARS contribue à soutenir les revenus des ménages les plus modestes (A). D'une gestion simple, cette allocation reste faiblement différenciée selon les classes d'âge (B).

A - Des dépenses faiblement croissantes, un soutien significatif au pouvoir d'achat des familles modestes

La revalorisation du montant de l'allocation depuis 2012 a conforté la place de l'ARS parmi les autres aides à la scolarité, qu'elles soient

⁵²³ Montants des récupérations opérées en 2019 : 76,1 M€ par la Cnav ; 22,8 M€ par la CCMSA ; 5,2 M€ par la CNDSSSTI ; 7,6 M€ par le Saspa. Le service des retraites de l'État (SRE) n'isole pas ce montant.

⁵²⁴ Les enfants admis à l'école primaire avant l'âge de six ans peuvent bénéficier de l'ARS sur présentation d'un certificat de scolarité ; 49 102 enfants, étaient concernés en 2020.

⁵²⁵ Avec les allocations familiales en outre-mer et l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje).

locales ou nationales. Cette allocation apporte une contribution significative au soutien des revenus des familles les plus modestes.

1 - Une dépense stable hors majoration exceptionnelle, une allocation essentielle parmi les aides à la scolarité

Le montant de l'ARS est peu différencié selon les classes d'âge. Il s'établit, au 1^{er} avril 2021, à 370,31 € pour un enfant âgé de six à dix ans, à 390,74 € pour un enfant de onze à quatorze ans et à 404,28 € pour un enfant de quinze à dix-huit ans.

a) Une dépense indexée sur l'inflation

La revalorisation de 25 % du montant de l'ARS en 2012⁵²⁶ a porté la dépense à 1,87 Md€. Celle-ci a progressé⁵²⁷ ensuite de 1,2 % par an en moyenne, pour s'établir à 2,03 Md€ en 2019. Elle a atteint 2,59 Md€ en 2020, à la suite de la majoration exceptionnelle de 100 € par enfant décidée par le Gouvernement durant la crise sanitaire⁵²⁸.

Sous l'effet de l'indexation des plafonds de ressources⁵²⁹ sur l'inflation, le nombre des familles allocataires est resté relativement stable depuis 2010, autour de 3 millions. L'ARS concernait 5,4 millions d'enfants en 2020, nombre en hausse de 333 000 depuis 2010.

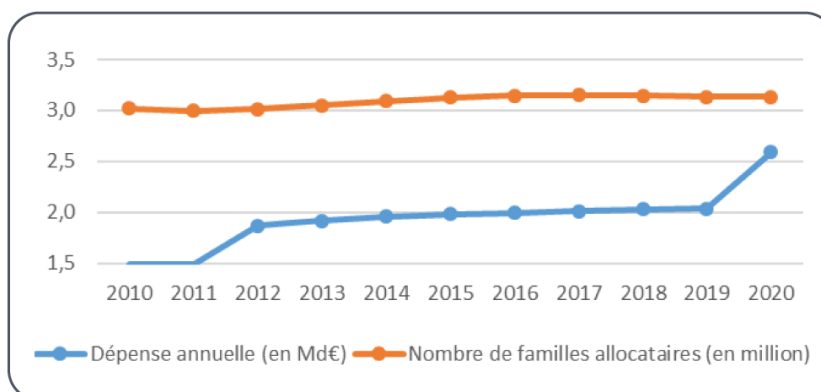
⁵²⁶ Le coût global de cette revalorisation s'est élevé à 372 M€.

⁵²⁷ L'ARS est indexé sur l'évolution de la base mensuelle de calcul des allocations familiales (BMAF), révisée depuis 2016 selon l'inflation des douze derniers mois.

⁵²⁸ Cette majoration s'inscrit dans le cadre des aides octroyées aux familles et aux foyers modestes, comme l'aide exceptionnelle de solidarité de 150 euros versée en mai 2020 pour les foyers percevant le revenu de solidarité active (RSA) ou l'allocation spécifique de solidarité (ASS) et l'aide de 200 euros versée en juin 2020 et fléchée vers les jeunes.

⁵²⁹ Ils s'élèvent en 2021 à 25 319 euros pour un enfant, 31 162 euros pour deux enfants, 37 005 euros pour trois enfants, majorés de 5 843 euros par enfant supplémentaire.

**Graphique n° 23 : évolution de la dépense annuelle d'ARS
et du nombre annuel de familles allocataires de 2010 à 2020**



Source : Cnaf et synthèses des comptes de la sécurité sociale (tableaux de financement)

b) Une place prépondérante parmi les aides à la scolarité

Les dépenses d'ARS étaient deux fois supérieures en 2019 aux aides à la scolarité versées par l'État, qui comprennent les bourses d'études aux collégiens et lycéens et leurs compléments (805,3 M€ en 2019), les fonds sociaux (41,4 M€) et la réduction d'impôt pour frais de scolarité dans le secondaire (170 M€ en 2019).

Par ailleurs, la dépense d'ARS (hors majoration exceptionnelle) est plus de deux fois supérieure au montant total, estimé par la Cour, des dépenses d'aide facultative à la scolarité prises en charge par les collectivités locales⁵³⁰ (831 M € en 2020)⁵³¹. La plupart des communes fournissent les livres aux élèves du primaire et des départements soutiennent les dépenses de restauration des collégiens et attribuent des aides complémentaires aux élèves boursiers. Toutes les régions métropolitaines (hormis la Corse) prennent en charge, directement ou non, les manuels des lycéens et le premier équipement professionnel dans les filières techniques et des voies

⁵³⁰ Elles assurent également l'entretien des bâtiments et l'équipement des établissements publics d'enseignement.

⁵³¹ Les aides accordées par certaines entreprises ne sont pas prises en compte dans cette enquête de la Cour, qui porte sur les dispositifs publics.

technologiques. Des départements et certaines régions financent l'équipement informatique et l'accès à la culture et au sport.

Les aides financières des collectivités territoriales à la scolarité

Selon une étude de *l'Observatoire des finances et de la gestion publique locales*⁵³² consacrée aux coûts locaux de l'éducation en 2018, la dépense de fournitures achetées par les communes atteint 55 € en moyenne par élève, soit, pour 4,2 millions d'élèves scolarisés en 2020 dans les écoles publiques élémentaires, un coût de 230 M€.

Sur la base des informations recueillies par la Cour auprès de 22 départements (sur les 101 interrogés), représentant 20 % des effectifs des collèges publics et privés, le total extrapolé des aides aux collégiens prises en charge ou financées par les départements s'élèverait à 211 M€ en 2020, dont 9 M€ au titre de la crise sanitaire. L'aide à la restauration scolaire en représenterait 46 %, l'équipement informatique 30 %, les compléments aux bourses 11 % et l'aide aux activités culturelles et sportives 8 %.

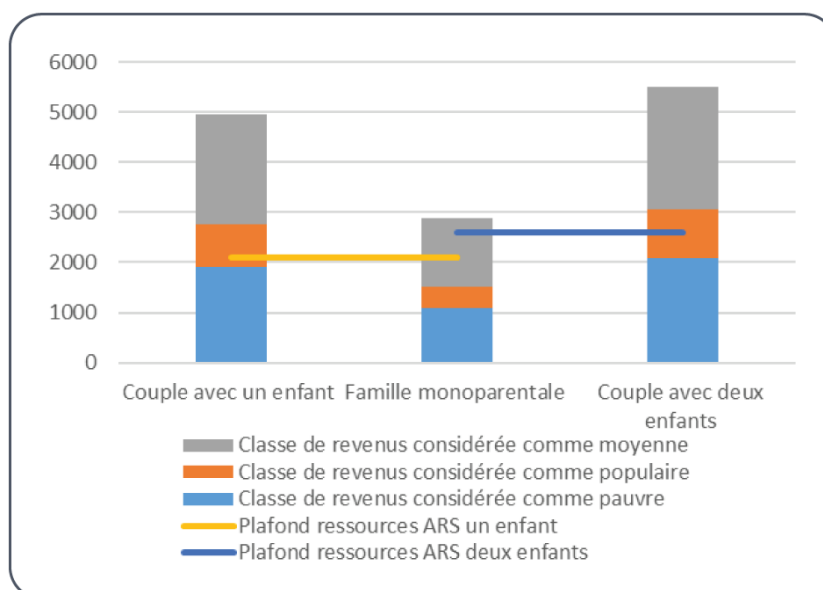
Les réponses de huit régions sur les dix-sept sollicitées, représentant 52 % des effectifs des lycées publics et privés, permettent d'évaluer, par extrapolation, l'aide apportée par ces collectivités à 390 M€ en 2020, dont 17 M€ au titre de la crise sanitaire. 40 % des aides concernent l'équipement informatique, 36 % les manuels et 8 % l'équipement professionnel.

2 - Une aide significative pour les familles aux revenus les plus modestes

En 2019, 46 % des familles affiliées au régime général ayant au moins un enfant scolarisé entre six et dix-huit ans bénéficiaient de l'ARS, soit 3,029 millions d'allocataires. C'est la deuxième prestation versée par les caisses d'allocations familiales (CAF) au regard du nombre d'allocataires, derrière les allocations familiales (4,9 millions en 2019) et devant l'aide personnalisée au logement (2,8 millions).

⁵³² L'Observatoire des finances et de la gestion publique locales, *Les coûts locaux de l'éducation, enseignement et périscolaire* – Collecter Analyser Partager n°10, Novembre 2019.

**Graphique n° 24 : comparaison des revenus mensuels (2018)
des familles avec les plafonds mensuels de ressources,
pour un et deux enfants (en euros)**



Source : Cour des comptes à partir des données de l'observatoire des inégalités et des données de l'Insee

Les plafonds de ressources, fixés en fonction du nombre d'enfants indépendamment du nombre d'actifs au sein de la famille, couvrent les revenus mensuels⁵³³ des couples des classes considérées comme pauvres⁵³⁴ et seulement une partie de ceux des classes considérées comme populaires⁵³⁵ selon la terminologie retenue par l'observatoire des inégalités, comme l'illustre le graphique précédent.

La part des enfants de six à dix-huit ans au titre desquels l'allocation est servie est restée stable, à 53 %, entre 2014 et 2019.

L'ARS bénéficie en 2020, pour la moitié de ses allocataires, aux familles monoparentales⁵³⁶, qui disposent de revenus plus faibles en

⁵³³ Par ménage, après impôts et prestations sociales.

⁵³⁴ Le seuil de pauvreté fixé à 60 % du revenu médian.

⁵³⁵ Les catégories populaires ont des revenus allant jusqu'aux 30 % des plus bas revenus.

⁵³⁶ Elles sont 1,482 millions à percevoir l'ARS, soit près de la moitié des allocataires (49 %), alors qu'elles représentent 23 % des ménages avec enfants.

moyenne. Depuis 2010, leur nombre a progressé plus rapidement (+ 25 %) que celui de l'ensemble des allocataires (+ 4 %).

Les textes n'affectant pas l'ARS à certaines dépenses, elle doit permettre de couvrir la diversité des coûts liés à la rentrée scolaire : fournitures scolaires, dépenses concernant l'habillement, l'assurance, la cantine, le transport, l'ameublement ou l'équipement informatique et numérique⁵³⁷. Elle contribue ainsi à réduire la précarité des familles modestes, alors que le taux de pauvreté des enfants reste supérieur à la moyenne nationale (21 %, contre 14,8 % en 2018)⁵³⁸.

Elle est l'un des dispositifs d'aide à la rentrée scolaire les plus généreux parmi ceux mis en place par les pays de l'OCDE.

Les aides comparables dans certains pays de l'OCDE

Huit pays de l'Union européenne, l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la Bulgarie, l'Irlande, le Luxembourg, la Pologne et le Portugal, ainsi que le Canada et le Royaume-Uni parmi les pays de l'OCDE, versent une aide à la scolarité, sous condition de revenus pour la moitié d'entre eux.

Cette aide n'est pas affectée, sauf en Allemagne (fournitures scolaires), en Irlande et au Royaume-Uni (uniformes scolaires).

Le montant relatif de l'aide est l'un des plus élevés en France, où il atteint un quart du montant du salaire brut minimum hors la majoration exceptionnelle de 100 euros, contre 10 % en Allemagne⁵³⁹.

B - Un dispositif simple à gérer, des évolutions possibles en faveur des familles les plus modestes

L'accès simplifié et largement automatique à l'ARS permet de couvrir toutes les familles visées, en limitant le risque d'erreurs et de

⁵³⁷ Sondage réalisé en 2013 à l'initiative de la Cnaf auprès de 2 000 familles allocataires.

⁵³⁸ Selon la Cnaf, l'ARS diminue de 2,5 points en 2019 la part de personnes vivant sous le seuil de pauvreté parmi ses bénéficiaires, qui baisse ainsi de 41,2 % à 38,7 %.

⁵³⁹ Source *Eurostat*. Ce taux est de 9 % à 16 % en Irlande, 5 % à 7 % au Portugal, 5 % à 11 % au Luxembourg, 4 % en Pologne, 1 % à 5 % en Belgique. La Bulgarie se distingue par un niveau très supérieur (41 %).

fraude. Des évolutions sont envisageables pour accroître le soutien apporté aux familles dans les situations les plus difficiles.

1 - Une gestion simple et d'un coût limité

S'agissant des enfants âgés de six à seize ans et sous réserve de la mise à jour des ressources et de la situation familiale, l'ARS est versée de manière automatique par les CAF pour les ressortissants du régime général⁵⁴⁰ et par les caisses de la MSA pour ceux du régime agricole.

a) Une gestion largement automatisée

L'ARS compte parmi les prestations versées par les CAF les mieux identifiées, avec les allocations familiales et l'aide personnalisée au logement. Le risque de non recours se concentre sur les familles ne percevant aucune autre prestation de la branche famille.

Pour autant, elle fait l'objet d'opérations de communication ciblée, une campagne annuelle visant notamment les familles ayant des enfants âgés de 16 à 18 ans, qui doivent attester sur l'honneur de leur scolarisation. De telles opérations seraient moins nécessaires si une information sur l'ARS était apportée aux familles lors de l'inscription des enfants dans l'établissement scolaire, selon des modalités à définir.

D'une gestion simple, l'ARS génère seulement 3 % des créances frauduleuses de la Cnaf et 1 % des montants d'indus frauduleux, alors qu'elle représente 6,5 % du volume annuel de l'ensemble des prestations versées. Elle fait l'objet de contrôles spécifiques sur pièce ou sur place (nombre et résidence des enfants), au-delà des vérifications plus générales des conditions de liquidation des prestations familiales portant sur la situation des familles ou par exploration des données sur les dossiers à risque (« *data mining* »).

Pour autant, les contrôles des pièces justificatives, telle que l'attestation sur l'honneur de scolarité due pour les enfants de seize à dix-huit ans, restent formels. L'accès aux listes d'élèves des lycées et collèges permettrait aux organismes de vérifier que les élèves sont bien scolarisés.

⁵⁴⁰ Qui représentent 97 % des familles allocataires et des enfants bénéficiaires en 2020.

b) Le calcul des revenus et les modalités de versement

L'ARS, dispositif simple et bien identifié par les familles, mérite d'être adapté s'agissant de la prise en compte des revenus. Considérer ceux de l'année N-2 pour évaluer le niveau des ressources du foyer pénalise les familles modestes lorsqu'elles sont confrontées à des accidents de vie⁵⁴¹, familiaux ou professionnels. Des travaux sont engagés pour étendre à l'ARS l'approche mise en œuvre pour le calcul de l'allocation personnalisée au logement, qui retient les revenus du trimestre précédent à partir des données du dispositif ressources mensuelles (DRM).

Les modalités de versement de l'ARS méritent, en revanche, d'être maintenues. Le législateur n'a pas entendu contraindre l'utilisation de cette allocation en la réservant à l'acquisition de certains produits ou services. Les associations de parents d'élèves sont, pour ces raisons, opposées à l'option parfois évoquée de bons d'achats ou de cartes prépayées, dont elles font valoir la complexité et le caractère stigmatisant pour les familles.

Le versement de l'ARS avec les allocations familiales⁵⁴² (ou son attribution en deux fois au cours de l'année⁵⁴³) réduirait la visibilité du soutien au pouvoir d'achat apporté à la rentrée scolaire sans simplifier la gestion de l'allocation, du fait de la différence des règles d'éligibilité⁵⁴⁴ et de prise en compte des revenus entre ces deux allocations.

2 - Une allocation faiblement modulée dans ses montants

a) Une allocation insuffisamment différenciée selon les classes d'âge

Depuis l'étude réalisée en 2015 par le ministère de l'éducation nationale sur les coûts de la rentrée scolaire⁵⁴⁵, les seules données

⁵⁴¹ Les ruptures familiales (séparation, décès) et la perte de revenus entre N-2 et N, consécutives au chômage, au passage aux minima sociaux (RSA, AAH), à la cessation d'activité pour élever un enfant, au passage en activité partielle, ou au départ à la retraite, peuvent être actualisées (neutralisation ou abattement forfaitaire de 30 %).

⁵⁴² Comme le pratiquent l'Autriche et le Portugal (majorations), la Belgique et le Luxembourg (versement en même temps).

⁵⁴³ Dispositif retenu en Allemagne et en Bulgarie.

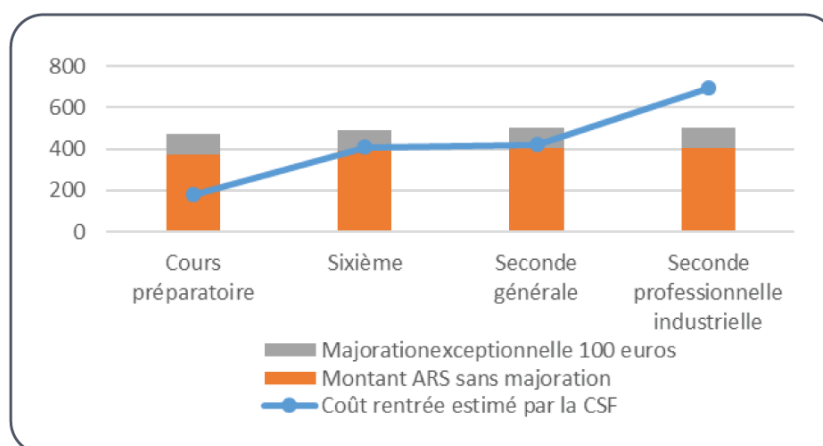
⁵⁴⁴ Allocations familiales attribuées à partir du second enfant, contrairement à l'ARS.

⁵⁴⁵ Selon le ministère de l'Éducation nationale (Depp), la dépense moyenne des familles pour une année d'études d'un enfant était, en 2015, de 580 € pour un écolier, de 890 € pour un collégien et de 1 160 € pour un lycéen. Une scolarité en lycée professionnel coûtait en moyenne 130 € de plus qu'en lycée général ou technologique.

disponibles à ce sujet proviennent des associations familiales. L'ensemble de ces études montrent que la dépense augmente de façon significative avec le niveau de scolarisation, variant du simple au double entre un écolier et un lycéen.

Selon l'enquête annuelle réalisée par la Confédération syndicale des familles, l'ARS (hors majoration exceptionnelle) couvrait très largement le coût de la rentrée 2020 d'un enfant en cours préparatoire, était juste pour un collégien entrant en sixième ou un lycéen en seconde générale et très insuffisante pour un lycéen en seconde professionnelle⁵⁴⁶, comme l'illustre le graphique ci-dessous.

Graphique n° 25 : montant de l'ARS en 2020, avec et sans majoration exceptionnelle comparé au coût de la rentrée scolaire selon le niveau de scolarisation (en euros)



Source : Cour des comptes, données de la Confédération syndicale des familles de France (CSF)

Ainsi, l'écart entre l'ARS attribuée en 2021 pour un enfant scolarisé à l'école élémentaire (370,31 €) et un lycéen (404,28 €) n'est que de 34 €, sans commune mesure avec la forte disparité des dépenses à couvrir.

Or, le premier confinement a mis en lumière, malgré un taux d'équipement très élevé des jeunes de plus de 12 ans (91 % en 2019), le besoin d'un outil informatique dédié pour le travail à distance des élèves et

⁵⁴⁶ Les élèves des lycées professionnels, qui représentaient 28 % des effectifs lycéens en 2019, sont davantage issus de familles moins favorisées.

la nécessité d'équipement et de connexion numérique adaptés, comme la Cour l'a relevé dans son rapport public annuel de 2021.

Cependant, la modulation des montants de l'ARS selon les classes d'âge, plus marquée qu'en France dans plusieurs pays européens⁵⁴⁷, ne peut s'apprécier qu'en tenant compte des autres aides à la scolarité.

b) Parmi les soutiens à la scolarité, une aide fiscale à reconsidérer

L'État octroie des bourses d'études aux collégiens et aux lycéens, sous conditions de ressources, ainsi que des primes d'internat et d'équipement, des bourses au mérite liées au statut d'élève boursier et une prime de reprise d'études. Ces bourses bénéficient à 1,5 millions d'élèves issus de familles dont les revenus sont inférieurs à un plafond, lui-même inférieur au plafond de ressources de l'ARS⁵⁴⁸, ce qui explique qu'elles concernent deux fois moins de collégiens et lycéens que l'ARS.

L'enquête réalisée par la Cour montre en outre la grande diversité des aides ciblées apportées aux familles éligibles à l'ARS par les collectivités locales. Pour les lycéens des filières professionnelles, le montant de l'ARS peut, ainsi, se trouver complété, pour les familles éligibles, par l'aide individuelle qu'accordent les régions à ces élèves et par la prime d'équipement versée par l'État aux seuls élèves boursiers de ces filières⁵⁴⁹.

Enfin, indépendamment de l'ARS, une réduction d'impôt pour frais de scolarité, d'un montant de 61 € pour un enfant scolarisé au collège et de 153 € pour un lycéen, est accordée aux ménages imposables, pour un coût global de 170 M€ en 2019. Contrairement à l'ARS, qui cible les familles aux revenus les plus bas dans une logique redistributive, ce dispositif fiscal bénéficie à tous les ménages au-dessus du seuil d'imposition, quel que soit le niveau de ressources, soit 2,2 millions de ménages bénéficiaires. Sa suppression permettrait, à coût constant pour les finances publiques, d'abonder la dépense d'ARS au bénéfice des familles

⁵⁴⁷ Le montant de l'aide à la scolarité est modulé selon l'âge des élèves, dans un rapport de 1 à 2 au Luxembourg et en Irlande et de 1 à 4 en Belgique. Il est, en revanche, indépendant de l'âge ou du niveau de scolarisation de l'enfant en Allemagne, en Pologne et en Autriche, au Portugal, au Canada et au Royaume-Uni.

⁵⁴⁸ En 2020 les plafonds de ressources annuelles étaient inférieurs à ceux des bénéficiaires de l'ARS de 38 % pour les collégiens et de 25 à 38 % pour les lycéens.

⁵⁴⁹ Prime de 341,71 euros (montant 2020) pour l'achat du premier équipement de base.

allocataires exposées aux dépenses les plus élevées⁵⁵⁰. Elle serait également l'occasion de considérer la situation des lycéens ayant redoublé au cours de leur scolarité et qui, âgés de dix-huit ans à la rentrée scolaire⁵⁵¹, se trouvent exclus du bénéfice de l'ARS.

⁵⁵⁰ À titre d'illustration, une augmentation de 50 € du montant de l'ARS attribué pour un collégien et pour un lycéen et de 100 € pour un lycéen inscrit dans une filière professionnelle aurait un coût d'environ 170 M€.

⁵⁵¹ Selon une estimation du ministère de l'Éducation nationale (2016), 27 % des élèves entrant en terminale étaient dans ce cas, soit 94 000 lycéens. Prolonger le bénéfice de l'ARS pour ces lycéens aurait un coût annuel estimé à 38 M€, sur la base du montant de l'ARS accordé en 2021.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'allocation de soutien aux personnes âgées et l'allocation de rentrée scolaire visent l'une et l'autre les personnes ou familles les plus fragiles parmi les populations auxquelles elles sont destinées. L'objectif de soutien aux revenus et de lutte contre la précarité que leur a assigné le législateur a été poursuivi par des revalorisations conséquentes décidées par les pouvoirs publics. Ainsi, le taux de pauvreté est plus bas parmi les personnes âgées que dans l'ensemble de la population du fait, notamment, du cumul fréquent de l'Aspa avec les aides au logement, et l'ARS apporte un soutien significatif aux revenus des familles modestes avec enfants scolarisés au moment de la rentrée. Ces deux prestations de solidarité représentent une dépense publique importante pour la collectivité.

Par-delà ce constat commun, le contraste est fort entre ces deux dispositifs. Les revalorisations de l'Aspa ont porté sur le plafond de ressources des ménages, entraînant dans la période récente une hausse du nombre des allocataires. Celles qui ont concerné l'ARS ont porté sur les montants de l'allocation, de sorte que la dépense a ciblé un nombre plutôt stable de foyers parmi les plus modestes.

Sur le plan de la gestion, les règles d'éligibilité, de calcul et de liquidation de l'ARS sont simples et se prêtent à une automatisation des processus propre à limiter les risques d'erreurs et de fraude, tout en assurant une forte reconnaissance de l'ARS par les familles. L'Aspa se caractérise, à l'inverse, par la complexité des règles d'éligibilité et par une efficacité insuffisante des contrôles en place. Sa notoriété faible auprès des publics concernés est à l'origine d'un taux de non recours élevé, auquel contribue la récupération sur succession.

La fiabilisation de la gestion de l'Aspa suppose un renforcement des dispositifs de contrôle interne, une simplification des règles, dont la Cnav a engagé l'étude en 2020, et un accès élargi aux données détenues par les administrations relatives à la situation et aux ressources des allocataires. La mise en place du dispositif ressources mensuelles (DRM), qui doit également permettre la prise en compte de revenus contemporains pour les bénéficiaires de l'ARS, est essentielle à cet égard.

La Cour formule les recommandations suivantes :

Pour l'allocation de solidarité aux personnes âgées :

40. *Mieux intégrer les spécificités de l'Aspa dans la définition et la mise en œuvre des dispositifs de contrôle interne et en mesurer l'efficacité au travers d'un indicateur spécifique de risque résiduel, dont l'analyse permettra une amélioration de la qualité de la liquidation (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnav, CCMSA) ;*
41. *S'appuyer sur l'analyse de données pour identifier les bénéficiaires potentiels de l'Aspa et renforcer les actions d'information en leur direction, dans le but de réduire le taux de non-recours (caisses de retraite) ;*
42. *Engager un chantier de simplification des règles encadrant l'Aspa et intensifier les travaux de dématérialisation et d'automatisation de ses processus de gestion (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, FSV, Cnav, CCMSA) ;*

Pour l'allocation de rentrée scolaire :

43. *Utiliser dès que possible le dispositif ressources mensuelles (DRM) pour permettre la prise en compte des ressources plus récentes que celles de l'année N-2 (Cnaf) ;*
44. *Mettre à l'étude, dans un souci de cohérence et de simplification, la suppression de la réduction d'impôt pour frais de scolarité dans l'enseignement secondaire et le redéploiement de la dépense, à coût budgétaire constant, pour ajuster les montants de l'ARS attribuée aux collégiens et lycéens des familles modestes (ministère chargé du budget).*

Liste des abréviations

AAH.....	Allocation aux adultes handicapés
AAT	Avis d'arrêt de travail
Acoss.....	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACS	Assurance complémentaire santé
AEEH.....	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
Agirc	Association générale des institutions de retraite des cadres
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale de l'État
ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
ANI	Accords nationaux interprofessionnels
ANS	Agence du numérique en santé
Anses.....	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
API.....	Allocation de parent isolé
APLD	Activité partielle de longue durée
Arco	Association des régimes de retraite complémentaire
ARS	Agence régionale de santé ou Allocation de rentrée scolaire
ASF	Allocation de soutien familial
ASI.....	Allocation supplémentaire d'invalidité
ASP	Agence de services et de paiement
Aspa	Allocation de solidarité aux personnes âgées
Atih	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AT-MP	Accidents du travail - maladies professionnelles
ATU	Autorisation temporaire d'utilisation
AVC.....	Accident vasculaire cérébral
AVPF	Assurance vieillesse des parents au foyer
BMAF	Base mensuelle des allocations familiales
BNC	Bénéfices non commerciaux

Cades.....	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CAF.....	Caisse d'allocations familiales
CANSSM.....	Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines
Carmf	Caisse autonome de retraite des médecins de France
Carsat	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
Cavimac	Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CCSS	Commission des comptes de la sécurité sociale
Cesu	Chèque emploi service universel
CEPS	Comité économique des produits de santé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIP	Code identifiant de présentation
CIS.....	Code identifiant de spécialité
CIS.....	Conseiller informatique services
CLCA	Complément de libre choix d'activité
CMG	Complément de libre choix du mode de garde
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
Cnaf.....	Caisse nationale des allocations familiales
Cnam	Caisse nationale de l'assurance maladie
Cnav	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CnavPL	Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales
CNBF	Caisse nationale des barreaux français
CNC	Conseil national de la comptabilité
Cnieg	Caisse nationale des industries électriques et gazières
Cnis.....	Conseil national de l'investissement en santé (remplace le Copermo)
CNMSS	Caisse nationale militaire de sécurité sociale
CNoCP	Conseil de normalisation des comptes publics
CNRACL	Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
Coct	Conseil d'orientation sur les conditions de travail
Cofrac.....	Comité français d'accréditation
COG.....	Convention d'objectifs et de gestion

Copermo.....	Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins
Covid 19	Maladie à coronavirus 2019
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPRP-RATP ..	Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la RATP
CPRP-SNCF ..	Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF
CPS	Carte de professionnel de santé
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRCF	Régime de retraite de la Comédie française
CRDS	Contribution pour le remboursement de la dette sociale
CROP	Régime de retraite de l'Opéra national de Paris
CRPCEN	Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire
CRRMP.....	Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles
CSBM	Consommation de soins et de biens médicaux
CSG	Contribution sociale généralisée
Csis	Conseil stratégique des industries de santé
DAF	Dotations annuelles de financement
DAT	Déclaration d'accident du travail
DC.....	Dénomination commune
DCI	Dénomination commune internationale
DGCS.....	Direction générale de la cohésion sociale
DGFîP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
Dipa.....	Dispositif d'indemnisation de la perte d'activité
DM.....	Dispositifs médicaux
DMS.....	Durées moyennes de séjour
DMP.....	dossier médical partagé du patient
DOM	Département d'outre-mer
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRM	Dispositif de ressources mensuelles
DSN	Déclaration sociale nominative
DSS	Direction de la sécurité sociale

Ehpad	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIRR	Échanges inter-régimes de retraites
ELSM	Échelons locaux du service médical de l'assurance maladie
ENIM	Établissement national des invalides de la marine
ENS	Espace numérique de santé
EPI	Équipements de protection individuels
ESMS	Établissements et services médico-sociaux
ETP	Équivalent temps plein
FatiacI	Fonds de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales
FEH.....	Fonds pour l'emploi hospitalier
FCAT	Fonds commun des accidents du travail
Fcata.....	Fonds commun des accidents du travail agricole
FLCA	Fonds de lutte contre les addictions
Finess	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIR	Fonds d'intervention régional
Fmespp.....	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (remplacé par le Fmis au 1 ^{er} janvier 2021)
Fmis	Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé
FRR.....	Fonds de réserve pour les retraites
FSE	Feuille de soins électronique
FSPOEIE.....	Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GIP	Groupement d'intérêt public
GME	Groupe médicoéconomique
HAD.....	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
Hcaam.....	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCfips	Haut conseil du financement de la protection sociale
HCFP	Haut Conseil des finances publiques
HPV	Virus du papillome humain
Ifaq	Incitation financière à l'amélioration de la qualité

Igas.....	Inspection générale des affaires sociales
IGF.....	Inspection générale des finances
IJ	Indemnité journalière d'arrêt de travail
Ircantec.....	Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques
IRM.....	Imagerie par résonance magnétique
LCTI	Lutte contre le travail illégal
Leem	Les entreprises du médicament
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LO	Loi organique
LPFP	Loi de programmation des finances publiques
LPPR.....	Loi de programmation pluriannuelle de la recherche
M€.....	Million d'euros
MCO	Médecine-chirurgie-obstétrique
Md€.....	Milliard d'euros
MDPH.....	Maison départementale des personnes handicapées
MSA.....	Mutualité sociale agricole
NABM	Nomenclature des actes de biologie médicale
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OEEQ.....	Organismes d'évaluation externe de la qualité
OGD.....	Objectif global de dépenses médico-sociales
Ondam.....	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PCG.....	Plan comptable général
PDP	Prévention de la désinsertion professionnelle
PCA.....	Plan de continuité de l'activité
PIB	Produit intérieur brut
PL.....	Professions libérales
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PPA.....	Parité de pouvoir d'achat
Pstab.....	Programme de stabilité
PSU	Prestation de service unique
Ralfss	Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale
RATP	Régie autonome des transports parisiens

Ratocem	Rentes accidents du travail des ouvriers civils des établissements militaires
Repss	Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale
RG	Régime général
RGCU	Répertoire de gestion des carrières unique
Rihn	Référentiel des actes innovants hors nomenclatures
Risp	Régime d'indemnisation des sapeurs-pompiers communaux non professionnels
Robss	Régime obligatoire de base de sécurité sociale
Rosp	Rémunération sur objectifs de santé publique
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Régime social des indépendants
RT-PCR	Transcription inverse – réaction en chaîne par polymérase
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
Sars-CoV-2	Coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère
Saspa	Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées
SGPI	Secrétariat général pour l'investissement
SNCF	Société nationale des chemins de fer français
SNGI	Système national de gestion des identifiants
SSR	Soins de suite et de réadaptation
SRE	Service des retraites de l'État
T2A	Tarification à l'activité
Tese	Titre emploi service entreprise
TMS	Troubles musculo-squelettiques
TO	Taxations d'office
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
Uncam	Unité nationale des caisses d'assurance maladie
Urssaf	Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
USLD	Unité de soins de longue durée
VPN	Réseau privé virtuel

Réponses des administrations et organismes concernés

Sommaire

Réponse commune du ministre de l'économie, des finances et de la relance, du ministre des solidarités et de la santé, et du ministre délégué chargé des comptes publics	1
Réponse du directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam).....	7
Réponse de la directrice de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)	15
Réponse de la présidente du collège de la haute autorité de santé (HAS).....	20
Réponse du directeur général de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (MSA)	27
Réponse de l'Agence du numérique en santé (ANS).....	28

Destinataires n'ayant pas d'observation

Le président du fonds de solidarité vieillesse (FSV)
Le directeur de l'Acoss
Le directeur général de la Cnaf
Le directeur de la Cnav

**RÉPONSE COMMUNE DU MINISTRE DE L'ÉCONOMIE,
DES FINANCES ET DE LA RELANCE, DU MINISTRE
DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, ET DU MINISTRE
DÉLÉGUÉ CHARGÉ DES COMPTES PUBLICS**

Les conclusions des travaux de la Cour sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale constituent un travail important d'analyse et de synthèse sur la situation des finances sociales et les politiques publiques s'y rattachant. Nous en prenons connaissance avec intérêt.

Les années 2020 et 2021, marquées par la crise sanitaire, ont durablement affecté la trajectoire financière de la sécurité sociale. Nous tenons toutefois à rappeler que la sécurité sociale a largement participé, en premier lieu, au financement des mesures de lutte contre la crise sanitaire (dépenses hospitalières, tests, vaccins etc.), en second lieu, au soutien massif à l'économie pour surmonter la crise et préserver le potentiel de croissance français. Les mesures d'urgence mises en œuvre dès le mois de mars 2020 ont ainsi permis, d'une part de lutter contre l'épidémie et, d'autre part, d'aider les entreprises et de préserver les revenus des ménages, afin d'éviter des effets économiques durables sur le capital productif et la détérioration des compétences de salariés éloignés de l'emploi. L'ensemble de ces mesures ainsi que le plan de relance devraient permettre à la France de retrouver dès fin 2021 le niveau d'activité de 2019. Sans ces mesures, la France aurait pu sortir de la crise fin 2021 avec un écart de richesse par rapport à 2019 de 4 points de PIB, soit 100 Md€ de richesse manquante, qui aurait très significativement détérioré l'ensemble des finances publiques. Les conditions de retour à l'équilibre de la sécurité sociale devront néanmoins être posées en sortie de crise.

L'ensemble des comptes du régime général pour 2020 n'a malheureusement pas pu être certifié. Le contexte inédit d'épidémie de covid-19 a fait peser des contraintes exceptionnelles sur les conditions d'exercice par les organismes de sécurité sociale de leurs activités, avec de nombreux dispositifs nouveaux déployés dans des délais très courts. Ces circonstances ainsi que les incertitudes inhérentes à la crise sanitaire et économique ont inévitablement affecté le niveau de maîtrise des risques mais aussi complexifié l'exercice comptable lui-même, en particulier en limitant l'assurance sur la fiabilité des estimations comptables produites. Aussi, les options comptables prises dans ce contexte, en particulier en matière de constatation des produits et des dépréciations de créances du recouvrement, ont d'abord été dictées par le principe de prudence comptable. La reprise des trajectoires de levée des constats d'audit des

branches du régime général constitue un objectif prioritaire en 2021. Outre la poursuite des chantiers structurants en matière de système d'information, de fiabilisation et d'interfaçage des données, et de paiement à bon droit des prestations sociales, des plans d'actions spécifiques sont déployés dans les branches retraite et maladie pour mobiliser tous les leviers devant permettre de redresser leurs performances en matière de qualité de la liquidation des prestations.

S'agissant de la perspective d'une avancée du calendrier de communication par la Cour au Parlement de ses avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial, en lien avec la réforme du cadre organique des lois de financement de la sécurité sociale, nous partageons le souhait que nos services, en liaison avec les vôtres, engagent la réflexion sur l'adaptation qui s'ensuivrait des conditions d'établissement et de communication des données et éléments d'informations relatifs à ces états.

La réforme du pilotage des finances sociales et l'évolution des lois organiques que vous appelez de vos vœux a été engagée dans le cadre des travaux des parlementaires, Thomas Mesnier pour la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale et Laurent Saint-Martin pour la commission des finances. La proposition de loi organique sur les LFSS a été adoptée à l'Assemblée nationale le 20 juillet et sera débattue prochainement au Sénat. Elle intègre plusieurs des recommandations de la Cour. De manière analogue, nous partageons également la nécessité de rénover l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour continuer à renforcer la pertinence et la qualité du système de santé, tout en assurant la soutenabilité de son financement.

Sur l'action des organismes de sécurité sociale dans la crise sanitaire, le Gouvernement partage l'analyse de la Cour sur le choc qu'a représenté la crise pour ces organismes. Leur faculté d'adaptation et leur implication ont permis d'assurer la continuité du service public et la mise en place de nouvelles aides dans des délais contraints. Si le Gouvernement partage l'objectif d'une normalisation, notamment en matière de contrôles et de recouvrement, elle ne peut cependant qu'être progressive, les organismes étant encore fortement mobilisés par les conséquences de la crise sanitaire.

La Cour relève à juste titre l'enjeu de la qualité de la réponse téléphonique. Les comportements des assurés sociaux connaissent une évolution qui a été accélérée par la crise sanitaire : recours accru aux outils numériques, baisse de l'accueil physique, évolutions contrastées sur le téléphone. S'il est aujourd'hui délicat de se prononcer sur l'ampleur et la pérennité de ces tendances, notamment en matière d'accueil physique, il

convient de mener une réflexion plus large sur les choix organisationnels et techniques opérés en matière de relation au public. Cette thématique sera un axe majeur des prochaines conventions d'objectif et de gestion du régime général.

Enfin, la lutte contre le non-recours constitue une préoccupation majeure du Gouvernement, qui a engagé plusieurs actions en la matière. L'appui sur le dispositif ressources mensuelles (DRM), qui a vocation à être progressivement étendu à d'autres prestations, en est un outil structurant, en ce qu'il simplifie l'accès au droit.

***La crise a accéléré le développement de la télésanté** avec notamment la prise en charge intégrale par l'assurance maladie des téléconsultations, prolongée en 2021. La signature d'un avenant à la convention médicale cet été par les partenaires conventionnels a permis de renforcer l'inscription des patients dans un parcours de soins tout en permettant des assouplissements pour des populations ciblées (patients sans médecins traitant en zone sous denses). De très nombreuses actions sont mises en œuvre pour renforcer tant l'accès à certaines populations ciblées (patients détenus, patients en situation de handicap notamment), que le recours à cet outil par les professionnels (formation continue, programme pacte télémedecine), ou encore la robustesse des outils (la sécurité et l'interopérabilité des systèmes d'information et des outils connectés). De plus, toujours dans un objectif d'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins, l'adoption de textes d'application de la loi portant organisation et transformation du système de santé du 24 juillet 2019 devrait permettre rapidement le déploiement du télésoin pour les auxiliaires médicaux et les pharmaciens. Enfin le Gouvernement rappelle son engagement à permettre un déploiement des activités de télésurveillance pouvant favoriser la coordination et l'amélioration des parcours grâce à un modèle organisationnel et une prise en charge financière adaptées à ces activités.*

***S'agissant des dépenses de biologie médicale**, fortement impactées par la politique de tests conduite tout au long de la crise sanitaire, la Cour émet un certain nombre de propositions relatives à la régulation du secteur qui nous semblent opportunes même si la forte mobilisation des acteurs pendant la crise sanitaire n'a pas encore permis de les mettre en œuvre. Il est à noter toutefois que le protocole régulant les dépenses courantes de biologie (hors dépenses liées aux tests) a continué à s'appliquer sur la période. En matière de politique de prix des tests covid, au regard de la croissance soutenue du nombre de tests réalisés et des investissements qu'ils représentaient ainsi que des difficultés rencontrées par les laboratoires pour absorber la demande à la fin de l'été 2020, il a semblé*

préférable pour favoriser la montée en puissance nécessaire pour le bon pilotage de l'épidémie, d'attendre l'atteinte d'un plateau avant de mettre en oeuvre une baisse des tarifs. Ainsi, en mars et mai 2020, le tarif du test RT-PCR a été fixé à 63,99 €, hors rémunération du prélèvement. En décembre 2020, une modulation tarifaire a été introduite afin de renforcer l'efficacité des tests pour la prévention de nouvelles contaminations (majoration en cas de résultat intégré à Sidep le jour même). Par la suite, des baisses successives du tarif du test RT-PCR ont été appliquées au vu de la vive croissance du coût des tests pour l'assurance maladie et des annonces de résultats financiers très favorables pour 2020 de certains groupes de laboratoires. Le tarif a donc été réduit à plusieurs reprises pour atteindre 41,04 € au 1^{er} juin 2021.

Vous consacrez la troisième partie de votre rapport aux chantiers de réformes structurelles.

Sur les réformes du financement des soins de suite et de réadaptation (SSR) et de la psychiatrie, la Cour évoque de « nombreux arbitrages encore pendants ». Nous tenons à souligner que les travaux récents, menés par nos services et concertés avec les acteurs, dans la perspective d'une entrée en vigueur de ces deux modèles de financement au 1^{er} janvier 2022, comme prévu par la loi, ont conduit à préciser les différents paramètres des modèles, permettant la préparation des textes d'application.

S'agissant des outils et méthodes devant permettre la déclinaison des financements définis au niveau d'un territoire, comme les dotations populationnelles, vers les établissements, il s'agit d'un sujet bien identifié qui fait l'objet de travaux concertés pour outiller de manière harmonisée les comités régionaux d'allocation des ressources propres à chaque champ d'activité qui seront en charge de ces répartitions. S'agissant des SSR, l'essentiel des travaux relatifs à la dotation populationnelle a été conduit au cours du premier quadrimestre 2021. Elle se composera de plusieurs volets qui ont vocation à décrire précisément les déterminants du besoin en SSR. Le modèle d'allocation des ressources entre régions, basé sur des données populationnelles (données socio-démographiques) et sur des données descriptives de l'état de santé des populations (à partir de la cartographie des pathologies produite par la CNAM), a été présenté au mois de juin 2021 aux fédérations. S'agissant de la psychiatrie, les critères de répartition nationaux de la dotation populationnelle sont fixés depuis près d'un an et ont été largement partagés avec les acteurs. Ils figurent dans le projet de décret soumis très prochainement au Conseil d'État. L'application de ces critères a donné lieu à de premières simulations également partagées avec les fédérations et les ARS.

En ce qui concerne le financement à la qualité, un prochain décret permettra (i) d'améliorer le processus de contrôle de la qualité des données recueillies par les établissements de santé, en introduisant une phase contradictoire, (ii) d'étendre le champ d'intervention du dispositif IFAQ à la prévention et à la psychiatrie, (iii) de mettre en œuvre un dispositif de sanction financière en cas de non atteinte de résultats sur certains indicateurs et de contrôle des indicateurs. Si les montants prévus sur le dispositif IFAQ restent à ce stade inférieurs à la trajectoire prévue, notre volonté est de poursuivre la montée en charge dès 2022 avec une cible à terme de 2Md€ pour l'ensemble des financements à la qualité.

Les chantiers de dématérialisation sur les différents champs d'intervention de la sécurité sociale sont une préoccupation majeure du Gouvernement pour permettre de faciliter l'accès aux droits, renforcer l'efficacité des dispositifs et améliorer la transmission des informations et leur fiabilisation. En matière de dématérialisation des prescriptions médicales (soins, produits, prestations), un prochain décret précisera le champ et le calendrier de déploiement de la prescription électronique, suite à l'expérimentation qui démontre une simplification du circuit de transmission des pièces justificatives, une meilleure coordination des soins entre professionnels de santé et l'amélioration de la qualité des prescriptions, notamment pour prévenir certaines incompatibilités de prescription (interactions médicamenteuses, allergies, etc.).

Pour la dématérialisation des arrêts de travail, l'avenant 9 à la convention médicale a été signé le 30 juillet dernier modifiant le forfait avec une actualisation à la hausse des taux de dématérialisation des arrêts de travail et la mise en place d'un nouvel indicateur pour valoriser l'usage du service de prescription électronique.

La Cour alerte sur la nécessité d'étendre l'obligation de prescription électronique aux prescriptions réalisées en établissements de santé et exécutées en ville. L'ordonnance du 18 novembre 2020 couvre bien ce champ. Pour les prestataires de service et distributeurs de matériels (PSDM) et les taxis, ils ne sont effectivement pas des professionnels de santé et n'entrent donc pas dans le champ de l'article L. 4071-2, mais la prescription qu'ils exécutent est, quant à elle, bien réalisée par un professionnel de santé, et doit répondre à l'obligation de e-prescription.

Concernant la reconnaissance et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP), l'actualisation des tableaux de maladies professionnelles au regard de l'évolution des connaissances scientifiques constitue, comme vous le soulignez, un enjeu fort qui a conduit à la réforme de la procédure d'élaboration et de révision des tableaux en 2018. Cette réforme a fait l'objet d'une application pour

les pesticides et devra faire l'objet d'une évaluation détaillée, à l'aune notamment des modalités de fonctionnement antérieures de la commission. La proposition qui viserait à confier au directeur général de la CNAM la faculté de réviser les tableaux de maladies professionnelles après expertise de l'ANSES et avis de la commission des AT-MP pourrait remettre en cause la culture du dialogue social et de l'expertise scientifique propre développées au cours des dernières années par la commission spécialisée du Conseil d'orientation des conditions de travail.

En matière de réparation, nous partageons vos constats et recommandations quant à l'actualisation des barèmes d'évaluation de l'incapacité permanente, dans le double objectif de tenir compte de l'évolution des connaissances scientifiques et médicales, et d'homogénéiser les pratiques sur le territoire. En particulier, la mise en place d'un barème d'appréciation du retentissement professionnel, qui constitue une composante à part entière du taux d'incapacité permanente, permettrait une prise en compte harmonisée de l'impact d'un AT-MP sur la vie professionnelle de l'assuré. Les travaux sont en cours avec les partenaires sociaux à ce sujet.

S'agissant de la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP), le Gouvernement partage le constat de la Cour : la précocité de la détection et de l'accompagnement des assurés en risque de désinsertion professionnelle, la bonne coordination des multiples acteurs de la PDP et l'implication de l'employeur dans la démarche, sont des facteurs déterminants de la réussite de la PDP. À ce titre, l'assurance maladie a lancé en juin 2021, une expérimentation de plateformes PDP, dont le volet préfigurateur, mis en place dès mars 2020, avait déjà permis de renforcer la coordination entre l'assurance maladie et les services de santé au travail. De même, les échanges d'informations prévus entre ces deux acteurs par la loi du 2 août 2021, qui s'appliqueront à compter du 1er janvier 2024, permettront d'améliorer la coordination de leurs interventions. Dans ce cadre, pourront notamment être proposés les dispositifs PDP de l'assurance maladie, en particulier le contrat de rééducation professionnelle en entreprise qui permettra désormais à un assuré de tester un poste dans une autre entreprise, sans avoir à démissionner de son entreprise d'origine. L'ensemble de ces évolutions, dont le bilan devra être effectué au cours des prochaines années, devrait permettre d'améliorer le maintien en emploi des assurés en arrêt de travail — que ce dernier soit ou non d'origine professionnelle, conformément aux engagements retenus dans les conventions d'objectifs et de gestion des branches maladie et AT-MP.

Concernant le minimum vieillesse, le Gouvernement souscrit aux recommandations de la Cour visant à mieux intégrer les spécificités de cette prestation dans la définition et la mise en œuvre des dispositifs de contrôle interne, afin de diminuer la fréquence des erreurs actuellement constatées ainsi que leurs incidences financières. Il partage également l'objectif d'améliorer le taux de recours à cette allocation, même s'il convient de souligner l'absence de données étayées en la matière. S'appuyant sur les résultats de l'expérimentation menée par la Cnav, le Gouvernement entend, dans le cadre de la prochaine convention d'objectifs et de gestion, développer le recours aux techniques de datamining en vue de cibler l'information sur cette allocation sur les assurés potentiellement éligibles. La simplification des règles constitue également un objectif souhaitable afin de clarifier les conditions d'accès à cette prestation pour ses éventuels bénéficiaires, notamment s'agissant des ressources prises en compte pour son attribution. Il en est de même de la dématérialisation des demandes et de l'automatisation de sa gestion : des travaux sont à cet effet engagés pour permettre l'utilisation d'ici 2023 du dispositif de ressources mensuelles (DRM) dans le cadre d'une demande dématérialisée pré-remplie.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM)

Par courrier en date du 29 juillet 2021, vous avez adressé à la Caisse nationale de l'Assurance Maladie sept chapitres du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2021. J'ai pris connaissance avec attention de vos analyses et de vos recommandations. Comme vous m'y invitez, je souhaiterais vous faire part de plusieurs observations et commentaires sur les chapitres listés ci-après.

1. Chapitre III relatif aux dépenses d'assurance maladie

Le contexte dans lequel intervient ce rapport est bien évidemment exceptionnel avec à la fois des déficits inédits pour l'Assurance Maladie et une mobilisation exceptionnelle de notre système de santé face au covid. Ce contexte n'interdit pourtant pas de proposer des efforts au système de santé pour la construction de l'Ondam. Aussi, pour contribuer à l'effort de régulation des dépenses de santé, l'Assurance Maladie prévoit de réaliser en 2022 un milliard d'euros d'économies. Si ce montant peut paraître limité vu l'ampleur du déficit prévisionnel sur 2022, l'Assurance Maladie mène aussi une rénovation ambitieuse de sa politique de gestion du risque, lui permettant de contribuer à la soutenabilité de nos dépenses de santé.

S'agissant de la ROSP, qui constitue en effet l'un des leviers permettant de concentrer les dépenses sur les soins les plus pertinents, la Cour recommande d'en augmenter la part dans la rémunération des généralistes et d'en étendre l'application aux médecins spécialistes ainsi qu'aux autres professionnels de santé habilités à prescrire. Je tiens à signaler que la Cnam, qui porte fortement ce dispositif, a prévu de le revoir en profondeur à l'occasion de la prochaine convention, notamment pour le simplifier et le rendre plus lisible. La Cnam engage également avec le ministère chargé de la santé une réflexion plus globale sur la valorisation de la qualité au sein des établissements de santé et du dispositif IFAQ qui est un levier important.

S'agissant de la régulation infra-annuelle des dépenses, je souligne que l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale prévoit déjà l'application d'un délai minimal de six mois avant l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle de revalorisation tarifaire, ce qui permet lors de la construction de l'Ondam de prendre en compte les montants générés par ces accords. À cet égard, la proposition de la Cour de conditionner l'entrée en vigueur des augmentations conventionnelles des tarifs des professionnels de ville au respect de l'ONDAM, me semble largement satisfaite dans son esprit.

2. Chapitre IV relatif aux organismes de sécurité sociale dans la crise sanitaire

S'agissant de la gestion de crise, la Cnam a su activer rapidement la généralisation du télétravail (recommandation n°14). Si le cadre conventionnel du télétravail était effectivement limité avant la crise, seuls 14 organismes ne l'avaient pas encore mis en œuvre. Depuis, la plupart des organismes ont renégocié leurs accords (101 accords ont été signés ou sont en phase de l'être) et un effort sans précédent a été réalisé pour équiper en ordinateurs portables et en outils de connexion à distance l'ensemble des agents dont les missions sont éligibles au télétravail.

Je tiens également à souligner le maintien d'un haut niveau de qualité sur les missions socles de l'Assurance Maladie, dans un contexte d'accroissement des arrêts de travail et de tension inédite sur les canaux de contact liés notamment aux dispositifs de prise en charge des indemnités journalières (IJ) dérogatoires. La mobilisation du réseau de l'Assurance Maladie lui a permis de prendre en charge de nouveaux dispositifs tout en rétablissant rapidement les délais de traitement des prestations habituelles. Ainsi les délais de traitement des IJ non subrogées ont été maintenus à un niveau proche des 30 jours bien que les volumes d'IJ aient connu une croissance sans précédent, avec des pics allant jusqu'à 1,2 million de prescription d'arrêts de travail dérogatoires en une semaine.

S'agissant de la relation clients, les volumes de sollicitations ont eux aussi été inédits avec 53 millions de contacts entrants tous canaux confondus au 1^{er} semestre 2021, soit + 17,8% par rapport à l'année 2020. À titre d'exemple, l'Assurance Maladie a reçu en moyenne 600 000 appels par semaine, avec un record à 180 000 sur une seule journée. Le taux de décroché en a été affecté mais s'est maintenu à 73% depuis le début de l'année 2021.

Parallèlement, la Cnam a déployé de nombreuses actions nouvelles vers les publics précaires pour lutter contre le non recours pendant la crise. Tout en déployant ces dispositifs « de crise », elle a poursuivi les actions engagées pour faciliter l'accès à la C2S (recommandation n°15). À partir de septembre 2021, la demande de C2S dans le compte ameli sera simplifiée et pré remplie avec les données issues du dispositif de ressources mensuelles (DRM), un chantier ambitieux qui suppose d'importants travaux d'harmonisation des règles d'attribution des droits et de prise en compte des données.

***S'agissant de la lutte contre l'épidémie**, je souhaite rappeler le rôle important joué par l'Assurance Maladie dans la stratégie « Tester Alerter Protéger ».*

Je tiens donc à souligner, en premier lieu, la prise en charge par l'Assurance Maladie du contact tracing, qui s'est déployé dans de très courts délais entre le 20 avril et le 13 mai 2020. Au 19 août 2021 près de 6,347 millions de personnes positives et 12,535 millions de personnes contact avaient été appelés par l'Assurance Maladie, soit bientôt 20 millions de personnes contactées. Il est permis de penser qu'il y a peu d'expériences de ce type ayant impliqué à ce niveau un redéploiement de près 15% des effectifs pour une activité totalement nouvelle, nécessitant des systèmes d'information ad hoc développés en un temps record. Je tiens également à insister particulièrement sur le fait que le tracing de 2021 a beaucoup évolué par rapport au tracing de mars 2020. Dans une recherche d'amélioration continue et sur la base d'un retour d'expérience partagé à la suite des deux premières vagues avec le ministère des solidarités et de la Santé et Santé publique France, de nombreuses actions nouvelles ont été déployées (visites d'infirmier libéral à domicile, deuxième appel de toutes les personnes positives sans personne contact ...), là encore dans des délais très resserrés, afin d'optimiser l'efficacité du dispositif. Cette activité s'est maintenue avec un haut niveau d'efficacité y compris pendant les périodes de fortes contaminations : les équipes de tracing ont en moyenne contacté 98% des personnes positives et personnes contact par mois, ce taux s'étant maintenu à 90% des personnes positives et 86% des personnes contact au plus haut du pic épidémique en juillet dernier.

Au-delà de l'activité de contact tracing, l'Assurance Maladie a apporté son concours à la stratégie de vaccination avec de nombreuses démarches d'« aller vers », pour inciter les personnes les plus fragiles et éloignées du système de santé à se faire vacciner. Des actions massives ont été conduites en direction des personnes âgées ou porteuses de pathologies les plus à risque de développer des formes graves de la cCovid-19, en particulier celles ne disposant pas d'un médecin traitant.

Depuis mars 2021, ce sont plus de 22 millions de contacts (courriers, sms, appels) et plus de 2 000 actions menées par les CPAM et ses partenaires à destination des publics fragiles.

*Enfin, la Cour critique le caractère « très limité » des **actions de contrôle et de lutte contre la fraude** pendant la crise sanitaire (recommandation n°16). La crise sanitaire a naturellement conduit l'Assurance Maladie à adapter, pendant l'année 2020, ses activités de lutte contre la fraude (LCF) au regard de la mobilisation exceptionnelle de notre système de santé notamment s'agissant de l'hôpital, des autres activités prioritaires liées à la gestion de la pandémie et des contraintes propres aux confinements. La Cnam assume par ailleurs la décision, prise conjointement avec le ministère de la santé, de n'avoir pas maintenu des contrôles au sein des établissements, eu égard à la situation qu'ont connu les hôpitaux tout au long de l'année 2020, confrontés de plein fouet à la prise en charge des patients covid. Les allègements mis en place sur le contrôle des pièces justificatives des professionnels de santé lors du premier confinement s'expliquent très logiquement par un fonctionnement au ralenti des services postaux et les conditions d'exercice particulières des professionnels de santé dans cette période. La Cnam tient à rappeler qu'elle a cependant maintenu toutes ses actions de contrôle sur les faits portant gravement atteinte à l'Assurance Maladie (préjudice financier important, atteinte grave à l'image, nouveaux modes opératoires de fraudes graves) malgré la crise sanitaire. Elle a par ailleurs mis en œuvre des actions de contrôle sur les dispositifs liés à la crise (notamment en matière d'indemnités journalières). De nouveaux programmes nationaux de contrôle LCF ont également été lancés en fin d'année, par exemple sur les centres de santé ophtalmologiques. Je tiens à confirmer la reprise progressive et adaptée des actions de contrôle des prestations et de contrôle-contentieux, avec la diffusion en juin 2021 d'un plan pluriannuel 2021-2022.*

3. Chapitre V relatif à la télésanté

L'enquête de la Cour s'est inscrite dans un contexte totalement inédit. La crise sanitaire a conduit les acteurs du système de santé à innover et à bousculer les modes de prise en charge ayant permis un

développement sans précédent de la télésanté et sur lequel la Cnam entend capitaliser.

L'avenant n°9 à la convention médicale signé le 30 juillet avec les représentants des médecins fixe un cadre rénové à cette activité. Les nouvelles conditions posées dans l'avenant permettent à la télémedecine de poursuivre son essor et de s'inscrire véritablement dans le paysage de l'offre de soins tout en garantissant la qualité du parcours de soins.

Pour la téléconsultation, les critères de connaissance préalable du patient par le médecin ou de territorialité de la réponse ont été assouplis (recommandation n°22). Ainsi la règle d'une consultation présenteielle dans les 12 mois précédents la téléconsultation a été supprimée. L'obligation d'alterner les téléconsultations avec des consultations en présentiel et la règle fixant à 20% la part maximale de l'activité réalisée en télémedecine viennent toutefois garantir un déploiement raisonné de cette activité. Une charte de la télémedecine sera également élaborée par les partenaires conventionnels. Elle sera un vecteur important de son déploiement et la garantie du bon usage et de la qualité de la télémedecine.

La téléexpertise est également étendue à tous les patients, revalorisée et simplifiée. Elle est par ailleurs étendue au-delà des médecins à d'autres professions de soins, et va être valorisée dans les différentes conventions (comme avec l'avenant 18 pour les orthophonistes).

S'agissant des modalités de financement et de contrôle de la télésanté, la Cour recommande de mettre fin à la prise en charge à 100% et d'élaborer un plan de contrôles a posteriori de la facturation de ces actes (recommandation n°23). Un plan de suivi et de contrôle des actes de télémedecine va être mis en place pour veiller au respect des conditions de réalisation et de facturation des actes, qui pourra aboutir en cas de manquement à la récupération d'indus voire à des procédures conventionnelles. Je rejoins la Cour sur le fait que, si la prise en charge à 100% des actes était justifiée pour permettre pendant la crise un recours facilité pour les assurés comme pour les professionnels à la télémedecine, cette mesure a vocation à prendre fin pour revenir à une prise en charge de droit commun. Toutefois cela suppose la mise en œuvre de solutions techniques afin de simplifier la facturation et passe par l'équipement des professionnels de solutions de paiement à distance et de sécurisation.

S'agissant de l'accompagnement des acteurs de santé dans le déploiement de la télésanté, le Ségur de la Santé porte une nouvelle politique d'investissement massif dans le numérique en santé et prévoit un mécanisme de financement des éditeurs de logiciels pour favoriser

l'équipement des médecins. L'avenant 9 accompagne quant à lui les médecins libéraux à l'usage des nouveaux outils numériques.

Enfin, la Cour estime que la politique d'accompagnement des acteurs territoriaux doit être plus articulée selon les publics ou les zones concernés (recommandation n° 20). Les dispositions conventionnelles prévoient d'ores et déjà une politique de soutien à l'accès aux soins notamment via la téléconsultation plus particulièrement renforcée pour les patients ou dans les territoires en difficultés (possibilité de déroger au principe de territorialité des soins pour la prise en charge des téléconsultations pour les patients résidant dans les zones sous-denses).

4. Chapitre VI relatif aux dépenses de biologie médicale

S'agissant des dépenses liées à la crise sanitaire, la Cour souligne dans son rapport le montant important des dépenses liées aux tests de dépistage de la Covid-19 et s'inquiète du risque d'une absence d'efficience, estimant par ailleurs trop tardif l'ajustement des tarifs de ces tests.

A titre liminaire, je souhaite souligner que, comme le rapport l'énonce lui-même, les tests de dépistage constituent un outil absolument indispensable dans la lutte contre l'épidémie, et un pilier de la stratégie Tester Alerter Protéger. Ils ont ainsi une pleine utilité tant au niveau individuel (pour la prise en charge de la personne testée positive) que collectif (utilisation des résultats des tests, via Sidep, pour mener les actions de contact tracing) et permettent également un suivi des évolutions de l'épidémie.

S'agissant des tarifs je rappelle que celui du test RT-PCR fixé à l'origine à 54€ était proche de celui des autres RT PCR (48,60€) inscrits à la nomenclature des actes de biologie médicale et des prix internationaux, et qu'il a permis d'accompagner un investissement significatif des laboratoires de biologie dans les capacités de tests. Par ailleurs, la rémunération des tests a été indexée dès le 12 décembre 2020 à la rapidité de restitution des résultats, avec un tarif de référence à 43,20 € qui a connu plusieurs baisses successives le portant à 27€ au 1^{er} juin 2021. Le levier tarifaire a également contribué à la réactivité avec laquelle les pouvoirs publics, ont mobilisé les acteurs afin de mettre en place l'obligation de procéder au criblage de l'ensemble des échantillons positifs, ce qui a permis d'adapter et renforcer les actions de tracing sur les variants d'intérêt, et de déceler les territoires particulièrement touchés nécessitant d'ajuster la stratégie vaccinale. Par ailleurs, les pouvoirs publics ont annoncé l'évolution des conditions de remboursement des tests à compter du 15 octobre, à l'appui de la montée en puissance de la vaccination et de l'application de la loi d'urgence sanitaire mettant en place le pass sanitaire.

S'agissant plus généralement de la régulation des dépenses de biologie,

la mise en place de protocoles triennaux limitant l'évolution des dépenses de biologie médicale sur les actes courants a permis de limiter fortement la croissance de ces dépenses. Le taux de croissance moyen des dépenses de biologie médicale sur la période 2014-2019 était de 0,65% par an, contre 2,5% pour l'ensemble des soins de ville. Le protocole 2020-2022 limite encore fortement la croissance des dépenses de biologie avec des taux de croissance limités à 0,4% en 2020 ; + 0,5% en 2021 et + 0,6% en 2022. Cette limitation a permis de réaliser plus 85 M€ d'économie en 2021 et des baisses de tarifs supplémentaires seront actées en 2022. La régulation prix-volume instaurée par le protocole est un outil utile de régulation assurant une forte prévisibilité des dépenses.

L'Assurance Maladie partage par ailleurs pleinement l'enjeu de pertinence des dépenses du secteur (recommandation n° 25). Les dépenses de biologie s'inscrivent dans la démarche de rénovation de la politique gestion du risque déjà évoquée. La CNAM mène ainsi en étroite collaboration avec les biologistes médicaux des travaux pour proposer des évolutions de la nomenclature concourant à une meilleure pertinence des dépenses de biologie médicale. La CNAM a ainsi saisi la HAS dans différents domaines et notamment la prise en charge des infections génitales basses ou encore la mesure de la charge virale du VIH 2. La e-prescription unifiée contribuera à cette démarche de pertinence en permettant au médecin d'enregistrer dans la base de l'Assurance Maladie les demandes d'examens de biologie et de consulter le détail des actes réalisés par le biologiste.

S'agissant de l'assimilation des innovations du secteur et de la mise à jour de la NABM, la Cour préconise de résorber le retard d'évaluation d'ici au 31 décembre 2024 (recommandation n° 26). La HAS a été saisie et une priorisation des actes à évaluer a été réalisée avec le ministère chargé de la santé. Rappelons que la Cnam n'intervient qu'après l'évaluation de la HAS en inscrivant les actes évalués à la nomenclature à travers la commission de hiérarchisation des actes de biologie médicale.

S'agissant de l'impact de la concentration d'une partie des laboratoires la Cour recommande de tenir à jour les données afférentes à l'implantation territoriale des laboratoires, en vue de préserver une biologie de proximité (recommandation n°27). Il est important de relever que cette concentration ne s'est pas faite au détriment de l'accès aux sites de prélèvement, qui demeurent nombreux (4 080 fin 2019 et 4 009 fin 2016, source : FINESS). Par ailleurs, l'Assurance Maladie a élaboré une liste des Finess géographique des laboratoires de biologie médicale, dans le cadre de la mise en place du paiement des majorations et minorations en fonction du délai de rendu des résultats de tests RT-PCR. Celle-ci devrait permettre de mener une analyse plus fine des implantations territoriales des laboratoires.

5. Chapitre VIII relatif à la dématérialisation des prescriptions médicales

La Cour pointe le retard de la France en matière de dématérialisation des prescriptions de médicaments. Toutefois, la solution de e prescription unifiée disponible en France permettra de couvrir l'ensemble des prescriptions à horizon 2024 (produits de santé, arrêts de travail, actes de biologie, soins infirmiers et de masso-kinésithérapie). Il s'agit d'une composante essentielle de la stratégie globale portée par les pouvoirs publics dans le cadre de « Ma santé 2022 » et du virage numérique du Ségur de la santé. La codification des prescriptions (recommandation n°34) figure bien parmi les chantiers d'amélioration identifiés. Elle correspond à l'étape suivant la e-prescription unifiée mais appelle des travaux sur les référentiels de prescription au-delà du médicament.

Au-delà du déploiement technique de la e-prescription, l'Assurance Maladie accompagne les professionnels de santé dans leur équipement et l'usage des nouveaux outils numériques. La e-prescription unifiée fait partie du paquet d'équipement médecins pour lequel les éditeurs sont financés dans le cadre du Ségur numérique (financement qui inclut la mise en œuvre opérationnelle de la fonctionnalité pour chaque médecin). L'avenant 9 à la convention médicale prévoit quant à lui d'intégrer dans le forfait structure l'usage de la e-prescription⁵⁵². Les mêmes leviers, ciblés tant sur l'équipement que sur l'usage, seront utilisés pour les pharmaciens.

Enfin, la Cour préconise de garantir le raccordement des systèmes d'information hospitaliers aux services de prescription dématérialisée mis en place par l'Assurance Maladie et une authentification individuelle des professionnels prescripteurs à l'hôpital (Recommandation n°35). Des travaux sont menés dans le cadre de la feuille de route numérique pour proposer de nouveaux modes d'authentification aux hospitaliers qui leur permettront d'accéder aux téléservices soit par e-CPS, soit par d'autres dispositifs tels que ceux expérimentés dans le cadre du DMP.

6. Chapitre IX relatif à la reconnaissance et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles

S'agissant des incertitudes sur l'imputation des frais de santé à la branche AT-MP (recommandation n°36), des dispositions récentes prévoient l'établissement d'un certificat de « nouvelle lésion » qui

⁵⁵² En 2023, valorisation de 40 points pour l'atteinte d'un taux de 50% de e-prescription de produits de santé réalisées via le service e-prescription

concourra à une meilleure identification des pathologies en lien avec l'AT-MP.

S'agissant des dispositifs de retour à l'emploi et de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP), l'Assurance Maladie est, comme l'expose la Cour, fortement engagée dans le renforcement des démarches de retours à l'emploi et a déployé depuis juillet 2021 des plateformes PDP pluri professionnelles dans 14 départements (recommandation n° 39).

S'agissant de la qualité du service rendu et de la modernisation des procédures d'instruction des sinistres AT/MP, je rappelle l'entrée en vigueur récente au 1^{er} décembre 2019 de la réforme venant simplifier, améliorer les délais de traitement et renforcer l'harmonisation des pratiques dans le processus de la reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles. Les premiers résultats sont très positifs, mais celle-ci n'a pas encore pu produire tous ses effets dans le contexte actuel de crise sanitaire. Par ailleurs, l'Assurance Maladie est engagée dans l'optimisation continue de sa gestion tant sur les délais et la dématérialisation que la synergie médico-administrative de ce processus.

Enfin, je partage l'objectif poursuivi par la recommandation relative aux évolutions des tableaux des maladies professionnelles et aux taux d'incapacité (recommandation n°38). En revanche, si une modification devait être apportée à la procédure de création de tableaux, un temps de concertation des partenaires sociaux reste absolument primordial. Leur association étroite à l'élaboration des tableaux de maladie professionnelle est, pour leurs représentants siégeant au sein des gouvernances (COCT, CAT-MP) une garantie apportée au respect du pacte de 1898, fondateur de l'équilibre salariés employeurs de la branche AT-MP.

Voilà les principaux éléments de réaction que je souhaitais porter à votre connaissance.

RÉPONSE DE LA DIRECTRICE DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE (CNSA)

Faisant suite à votre courrier en date du 23 juillet, je vous prie de bien vouloir trouver ci-après les éléments que la CNSA souhaite porter à votre attention concernant le RALFSS 2021, et plus particulièrement son chapitre VII, qui reprend pour l'essentiel les conclusions du rapport relatif aux réformes de financement, sur le projet duquel je vous avais fait part de mes observations par courrier du 7 mai.

Concernant la réforme de la tarification des EHPAD, comme l'indique le projet de chapitre VII dans son § I-B.3, les réflexions portant sur un modèle de financement lié à l'activité pour les EHPAD ont certes débuté dès le début des années 2000. C'est toutefois bien la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV), promulguée le 29 décembre 2015, qui a définitivement acté un financement par équations tarifaires basée sur le GIR moyen pondéré (GMP) et le PATHOS moyen pondéré (PMP) pour la dotation soins et le GMP pour le forfait dépendance, dans un cadre précisé par décret du 21 décembre 2016.

À cet égard, l'évocation d'une « mise en œuvre difficile » de la réforme dans le titre même du paragraphe sembler méconnaître l'accélération de sa montée en charge décidée par le gouvernement dans le cadre de la feuille de route « Grand âge et autonomie » de mai 2018. Celle-ci prévoit en effet, non seulement de garantir les ressources des EHPAD qui auraient été perdants de la réforme, comme mentionné par le projet de rapport, mais surtout d'accélérer la convergence tarifaire positive engagée à l'occasion de la campagne budgétaire médico-sociale de 2019 pour l'achever en cinq ans, fin 2021, contre les sept ans initialement prévus (fin 2023). Cette accélération visait à soutenir l'augmentation du nombre de soignants auprès des résidents permise par un financement mieux ajusté au besoin de soin et au niveau de dépendance du résident.

À fin 2020, soit l'avant-dernière année de la convergence, il apparaît que la très grande majorité des places d'EHPAD étaient financées à un niveau de financement très proche de la dotation cible fixée par l'équation, comme le montre le tableau ci-dessous, issu des données de tarification pour 2020 (source : HAPI, CNSA)

Situation des EHPAD	En nombre de places	Ecart par rapport à la dotation cible
Convergence positive	79,5%	-3,2 %
Convergence neutre	11,9%	0,0 %
Convergence négative	8,6%	+2,1%

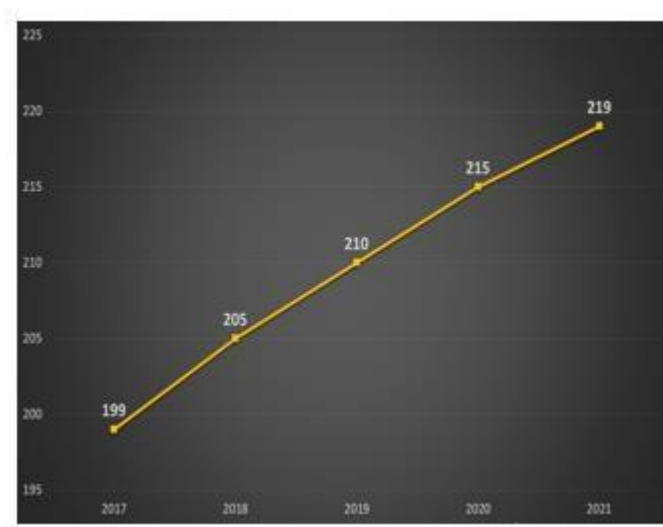
En effet, si près de 80 % des places d'EHPAD étaient encore financées sur la base d'une dotation soins inférieure à la dotation plafond

en 2020, leur dotation avoisinait en moyenne 97% de la dotation cible. De même, seules 8,6% des places d'EHPAD étaient en convergence négative avant application du dernier pas de convergence, pour une dotation réelle très proche de la dotation cible (102,1 %).

La réforme permettra donc bien d'atteindre, sur une période de 5 ans, une équité de financement entre les EHPAD sur le volet soins, basée sur une mesure de l'activité et de la charge en soins associée aux résidents.

Par ailleurs, l'évolution des scores Pathos constatés témoigne de la trajectoire prise par les EHPAD en matière de publics accompagnés, en réponse au second objectif de la réforme : donner les moyens aux EHPAD de faire face à l'accueil de résidents toujours plus dépendants.

Ainsi, le renouvellement des coupes AGGIR et PATHOS ces cinq dernières années, dans le cadre de la réforme, a confirmé la tendance à un besoin de médicalisation croissante, désormais mieux pris en compte par l'équation tarifaire, comme le montre le graphique infra retraçant l'évolution du PMP de 2017 à 2021 (source : HAPI, CNSA).



La CNSA tient à souligner que cette évolution est proche des estimations qui avaient été faites au moment de la mise en œuvre de la réforme (PMP estimé à 217 en 2021 selon l'hypothèse haute).

Aussi, si le chapitre VII porte principalement sur les aspects méthodologiques de la conduite des réformes tarifaires, il nous semblerait éclairant qu'il puisse rendre compte de la traduction concrète de leurs effets pour ce qui concerne les EHPAD, dont il n'est rendu compte que très

succinctement dans » la dernière phrase du § II-A-1 et selon une formulation très en-deçà des impacts positifs de la réforme tels que mesurés ci-dessus : l'alourdissement significatif et mesuré du besoin de soin des résidents manifeste bien l'absence de sélection, comme d'ailleurs visé par la réforme.

La CNSA souhaite également rappeler que l'accompagnement au changement et en particulier à l'appropriation des nomenclatures de description des besoins ainsi que des prestations, développées dans le cadre de la préparation de la réforme, ne peut être qu'un processus long et dont les effets demeurent longtemps discrets. Cela étant, la CNSA a publié un guide sur les usages des nomenclatures des besoins et des prestations en novembre 2020, qui témoigne de la dimension d'ores et déjà transformatrice de ces outils et leur appropriation

(https://www.cnsa.fr/documentation/guide_bonnes_pratiques_usages_nomenclatures_vf.pdf).

*Enfin, concernant la question de **l'équité territoriale** et des impacts modérés des mécanismes de péréquation limités aux seules mesures nouvelles dans le champ médico-social, la CNSA souhaite préciser qu'aux mécanismes à l'œuvre à l'échelle nationale pour la répartition des crédits entre les régions s'ajoutent des pratiques de péréquation infrarégionale portées par les ARS.*

Par ailleurs, il faut rappeler que la réforme du financement des dotations soins et dépendance en EHPAD n'a pas intégré d'objectif relatif à la réduction des inégalités territoriales de l'offre, dans un contexte démographique plutôt propice à son développement. Dans le champ du handicap, la structuration du futur modèle de financement, tel que validé en comité stratégique, repose sur un budget « socle », fixé sur la durée du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, et d'un budget « variable » pouvant être constitué :

- d'une majoration valorisant la complexité des situations accompagnées, définie à partir des caractéristiques des personnes accompagnées,*
- de financements liés la qualité des accompagnements,*
- voire des financements complémentaires, définis par les autorités de tarification.*

Cette dernière partie n'exclut pas la prise en compte d'objectif péréquateurs.

RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DU COLLÈGE DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS)

La HAS a pris connaissance des extraits du rapport intitulé La sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2021 (RALFSS) et vous remercie de votre sollicitation.

Vous trouverez, ci-dessous, les commentaires que nous souhaitons vous communiquer.

Nous nous permettons de vous rappeler que la HAS est pleinement associée au dispositif d'incitation à l'amélioration de la qualité (Ifaq) (p.32), par la production d'indicateurs de qualité et sécurité des soins et la certification des établissements de santé, parties du calcul de la dotation.

Vous citez (p.37) la construction de parcours de soins et la diffusion de référentiels de bonnes pratiques par la Cnam en lien avec la HAS. La HAS a élargi son approche en élaborant des parcours de santé, qui visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et en lien avec les usagers, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population. L'objectif est de faire en sorte que l'ensemble des professionnels impliqués s'engagent dans une démarche participative d'amélioration de la qualité des parcours, avec l'implication des patients, en s'appuyant sur les recommandations et les données de santé disponibles. En pratique des guides parcours de soins identifiant les points clefs ou points critiques de la pratique ; des messages de pertinence des soins et des indicateurs de mesure de la qualité des parcours de soins sont développés.

Pour compléter, il nous semble opportun de souligner que le sujet de la pertinence des prescriptions, actes et des séjours est un sujet stratégiquement clé pour la HAS, s'intégrant dans la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Cet enjeu figure dans le projet stratégique 2019-2024, au sein de l'axe 4 « Mieux intégrer la pertinence et les résultats pour l'utilisateur dans les dispositifs d'évaluation de l'offre de soins et de l'accompagnement ». La HAS y a d'ailleurs consacré un de ses colloques annuels en 2017.

La pertinence des interventions de santé peut être définie comme la bonne intervention de santé, au bon moment, au bon endroit, pour le bon patient. Elle se focalise sur les indications et non indications des interventions de santé. Le terme d'intervention de santé désigne toute activité visant à préserver ou améliorer la santé d'une population, promotion de la santé, prévention, action diagnostique, action thérapeutique, etc.

La HAS est à l'articulation entre les enjeux identifiés par l'administration et les réalités du terrain et les préoccupations des professionnels de santé. En impliquant les professionnels de santé dès le début de ses travaux, la HAS permet d'entretenir le dialogue avec les acteurs de terrain et de faciliter l'appropriation des productions.

Dans ce cadre, développées avec les professionnels de santé, différentes publications se déclinent selon plusieurs formats, en fonction des méthodes utilisées. Elles ont pour objectifs d'aider la prise de décision dans le choix des soins, d'harmoniser les pratiques, de réduire les traitements et actes inutiles ou à risque et de promouvoir les actes pertinents.

Concernant votre recommandation n°11 (p.42), la HAS a une longue histoire d'utilisation de données pour mesurer la qualité des soins en établissement de santé : retour au dossier patient, mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés, indicateurs de résultats à partir du PMSI et indicateurs de parcours à partir du SNDS. La HAS s'est dotée fin 2020 d'une stratégie data, dont un axe central est de renforcer la capacité à mesurer les pratiques professionnelles et leurs écarts aux recommandations, ce qui fait écho à la proposition de « formaliser une mission d'observation des pratiques conjuguant l'expertise de la Cnam ».

Toutefois, l'ambition de mesurer des « objectifs de pertinences » pour y « lier une part significative de la rémunération des offreurs de soins » est conditionnée à l'existence de données adéquates. Or, nous ne disposons aujourd'hui - de façon centralisée au niveau national (SNDS) - que de données de facturation, non cliniques, qui ne permettent de mesurer la pertinence des soins que de façon indirecte, incomplète et souvent biaisée.

Chapitre VI, III, A. du RALFSS : Une arrivée massive de nouvelles méthodes d'analyse

La Cour écrit « La France s'est mobilisée tardivement, comme l'illustre la mise en service très récente de deux plateformes de séquençage très haut débit en juillet 2019, plus de trois ans après les préconisations du plan Médecine Génomique France 2025 ». S'il est effectivement vrai que la position française concernant la médecine génomique peut apparaître tardive au premier abord, il convient de bien préciser ce qui a été mis en œuvre. La France, au travers du Plan France Médecine Génomique, n'a pas seulement mis en œuvre deux plateformes de séquençage très haut débit (ce qui représentait déjà au demeurant un défi organisationnel et technique d'une très grande complexité et donc une réussite à souligner).

L'ambition du Plan France Médecine Génomique est surtout d'introduire la Médecine Génomique dans la prise en charge des patients, en commençant par les patients atteints de maladie rares ou de cancer. Donc une démarche médicale et non uniquement technique. Il s'agit donc, au-delà de la génération de la séquence d'ADN du patient ou de la tumeur, d'organiser de manière parfaitement opérationnelle l'ensemble du parcours du patient, de la prescription de l'examen de séquençage jusqu'à l'annonce et explication du diagnostic aux patients, intégrant les étapes de prélèvement, de préparation de ce dernier, de séquençage, d'analyse des données, de détermination du diagnostic et de rendu de résultats.

L'objectif du plan n'est donc pas de produire un grand nombre de séquences pour un grand nombre de patients (comme ce fut le cas dans plusieurs pays) mais surtout de disposer d'un examen innovant dont le résultat transmis au patient va modifier sa prise en charge (thérapeutique, médico-sociale...).

Ainsi, au-delà du personnel nécessaire pour réaliser le séquençage, il a fallu notamment organiser la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) d'amont (pour examiner la pertinence d'une demande de séquençage) et d'aval (pour poser le diagnostic en fonction de l'analyse des données de séquençage). Ceci implique également la mise en place de filières de prise en charge de patients intégrant les étapes susmentionnées. Compte tenu des pathologies évoquées, ces filières de prises en charge ont été élaborées avec l'appui des plan Maladies rares et Cancer.

Au total, il a effectivement fallu 3 ans pour mettre en place ex nihilo l'organisation de deux plateformes nationales de STHD à visée sanitaire et de recherche ainsi que des filières structurées de prise en charge dans 59 situations cliniques. Il n'y a donc pas à rougir de cette durée, vu l'ensemble des travaux réalisés.

La Cour écrit « Sur la base des tout premiers travaux de ces deux plateformes, [...] près de 51 indications diagnostiques ont pu définir. ». Cette assertion est imprécise. Une indication correspond à une situation clinique pour laquelle il a été préalablement démontré que le STHD apporte un bénéfice pour le patient que celui-ci soit d'ordre clinique, économique ou social. Ceci implique donc une démonstration préalable et comparative à l'aide d'étude et de données robustes, dans chaque situation clinique proposée. À ce jour, nous ne disposons pas encore d'une telle démonstration. Il n'y a donc pas « d'indications diagnostiques définies » pour le STHD actuellement. En revanche, il a été identifié des situations cliniques pour lesquelles : (i) le STHD est susceptible d'apporter un bénéfice au patients (compte tenu des données cliniques disponibles), (ii)

des données seront colligées pour apporter la démonstration de ce bénéfice potentiel et (iii) disposant d'une filière de soin suffisamment structurée pour pouvoir prendre en charge les premiers patients de manière dérogatoire dans l'attente de disposer des données à colliger. On parle donc ici de « pré-indications » et non d'indications. Chaque pré-indication retenue a vocation à être évaluée dans un deuxième temps en vue de son inscription à la nomenclature. Il existe à ce jour 59 pré-indications (<https://pfmq2025.aviesan.fr/professionnels/preindications-et-mise-en-place/>).

Il est également à noter que le STHD dans ces pré-indications fait l'objet d'un financement dérogatoire spécifique (indépendant du RIHN pour ne pas peser de manière excessive sur l'enveloppe budgétaire de ce dernier.). Il existe donc bel et bien une modalité ad hoc et ciblée de financement expérimental de l'innovation que représente le STHD en attente des données nécessaires à son évaluation en vue de sa prise en charge pérenne.

Chapitre VI, III, A. du RALFSS : Des mécanismes en panne depuis 2015

Ce titre laisse suggérer que la situation était meilleure avant 2015 avec une situation non bloquée. Or la description apportée par la Cour de la situation avant 2015 n'apporte pas d'argument flagrant en ce sens : « Lors de l'entrée en vigueur de la T2A, les actes de biologie médicale innovants ont été financés par une dotation allouée à chaque établissement de santé fondée sur leur déclaration des dépenses induites par la réalisation de ces actes, établie au titre de l'exercice 2003. Reconduit à l'identique les années suivantes, ce montant historique s'est écarté, au fil du temps des coûts de mise en œuvre des activités innovantes de biologie. »

La Cour écrit : « Pour y remédier, les CHU ont défini au début des années 2010 un référentiel, dit de Montpellier, listant les actes qualifiés d'innovants depuis le début des années 2000 ». Ceci est en partie inexact : le Référentiel des Actes Hors Nomenclature de Montpellier comportait plus de 1600 libellés d'actes sans focalisation sur le caractère innovant. Seul le caractère « Hors Nomenclature » était retenu. La focalisation sur les actes innovants a été introduite par la DGOS dans ses travaux conduisant à la création du RIHN en 2015.

La Cour écrit « Afin d'apurer le stock d'actes innovants qui s'était constitué depuis 2003 et de mettre en œuvre les recommandations de la Cour, une réforme a été engagée par le ministère de la santé en 2015 ». Ceci est inexact. Il s'agissait d'épurer le stock d'actes hors nomenclature (innovants ou non). Les travaux ont démarré en 2011 et non en 2015 et avaient pour objectif initial de rationaliser les modalités de versement de la MERRI G03 aux établissements de santé.

La Cour écrit « Six ans après sa création, le RIHN comporte encore 238 actes : seuls sept actes ont été inscrits depuis 2015 dont cinq en 2016, et deux en sont sortis. » Il est rappelé que les actes sont pris en charge au titre du RIHN s'ils présentent un caractère innovant. Cette prise en charge est conditionnée au recueil des données critiques manquantes par les demandeurs afin de pouvoir permettre en aval une évaluation par la HAS en vue d'une prise en charge pérenne au titre de la NABM.

La HAS n'est donc pas impliquée dans la gestion des entrées du RIHN à ce jour. Quant à l'évaluation d'acte réalisée en vue de la sortie du RIHN, elle est entièrement dépendante de la disponibilité des études cliniques ou médico-économiques réalisées par les porteurs de projets et conditionnant la prise en charge dérogatoire. Pour mémoire, la durée d'un essai clinique comparatif est en moyenne de l'ordre de 5 ans. Si l'on prend en considération les deux années 2020 et 2021 perturbées par la crise COVID-19, les premiers résultats ne devraient commencer à arriver qu'à partir de 2022 au lieu de 2020. D'ailleurs, à ce jour, seules quatre évaluations ont été réalisées par la HAS compte tenu des données disponibles permettant de procéder à l'évaluation. Elles portaient sur des actes du RIHN : le dépistage non invasif de la trisomie 21 (pris en charge), les signatures génomiques du cancer du sein (maintien en RIHN), les PCR multiplex de détection de l'ADN HPV (prises en charge) et les RT-PCR multiplex grippe/COVID (prises en charge).

La Cour écrit « Le nombre d'actes inscrits à la liste complémentaire n'a quant à lui baissé que de 5 %, très loin de l'extinction totale inscrite dans l'instruction de 2015. Cette situation regrettable s'explique par les retards du processus, géré par la Haute autorité de santé, d'évaluation du service rendu, préalable nécessaire à l'inscription à la NABM. ». Si cette situation est effectivement regrettable, il est inexact de considérer qu'elle n'est causée que par le retard du processus d'évaluation par la HAS. Ainsi, si le nombre d'actes radiés de la liste complémentaire ne représente que 5% du total, cela ne signifie pas que la HAS n'a évalué que 5 % des actes. En effet, il est rappelé que pour que les actes soient retirés de la liste complémentaire, il faut d'une part une évaluation par la HAS, et en cas d'avis favorable, une hiérarchisation et tarification par l'UNCAM et les partenaires conventionnels. À ce jour la HAS a rendu une quarantaine d'avis favorables ou défavorables pouvant conduire à la radiation d'actes de la liste complémentaire. Tous n'ont pas été encore tarifés en cas d'avis favorable. Parfois, le processus de tarification peut-être très long en cas de désaccord entre les différents acteurs impliqués dans la tarification : la détection BCR-ABL ou le dosage de l'hormone anti-müllérienne ont ainsi été inscrits à la NABM en 2021 alors que les avis HAS correspondants datent de 2017.

Par ailleurs, certains actes de la liste complémentaire sont fortement génériques, tels les actes N134, N135, N138 et N139 de PCR et de RT-PCR simplex utilisables pour tout pathogène viral ou bactérien. Ces actes représentent également le poste le plus important de dépenses de la liste complémentaire. L'inscription des actes en NABM se faisant pathogène par pathogène, des actes NABM de PCR/RT-PCR peuvent donc être inscrits sans que les actes de la liste complémentaire correspondants soit tous radiés. Un commentaire de la DGOS dans la liste complémentaire précise alors les pathogènes pour lesquels la cotation en liste complémentaire n'est plus utilisable, compte tenu de l'existence d'une cotation NABM pour le pathogène donné. La radiation de ces actes de PCR/RT-PCR de la liste complémentaire ne pourra être envisagée que lorsque les évaluations de leur utilisation pour l'ensemble des pathogènes concernés seront finalisées, ce qui n'est pas encore le cas. Pour autant, la HAS a d'ores et déjà réalisé de multiples évaluations permettant la création d'actes NABM pour les pathogènes les plus courants (méningocoques, HSV-1, HSV-2, VZV, EBV, CMV, virus de la rougeole, de la dengue, du Chikungunya, Zika, hépatite E, West Nile, HPV et SARS-CoV-2). Ces évaluations, si elles n'ont pas conduit pas à la radiation des actes N134, N135, N138 et N139, devraient néanmoins conduire à une diminution importante de volumétrie de ces actes et donc des dépenses induites par ces actes. Rappelons que l'objectif premier de l'évaluation des actes de la liste complémentaire est de libérer des marges financières au sein de la MERRI G03 pour permettre à terme le financement adéquat et à taux plein des actes innovants du RIHN. Ne considérer que la diminution du nombre d'actes de la liste complémentaire ne permet donc pas d'apprécier l'ensemble des actions de la HAS visant à atteindre cet objectif.

Notons également que les évaluations d'actes de la liste complémentaire, devraient être en théorie toutes des évaluations rapides compte tenu : (i) d'une identification préalable par les professionnels de santé et (ii) de « données relatives à leur valeur médicale [...] disponibles » comme le souligne la Cour. En réalité, les données relatives à leur valeur médicale se révèlent souvent ambiguës ou de très faible niveau de preuve, conduisant à des évaluations très complexes et donc très longues, comme notamment l'évaluation de la calprotectine fécale ou encore des tests de recherche d'un déficit de la dihydropyrimidine deshydrogénase (DPYD). La mission d'évaluation des actes de la liste complémentaire se révèle donc plus complexe que prévue.

La HAS précise également que tous les actes de la liste complémentaire ne nécessitent pas forcément d'évaluation HAS, puisque l'existence de l'acte en liste complémentaire n'est pas motivée par une raison médicale mais par une raison tarifaire ou organisationnelle : c'est le cas notamment de l'acte G065 (cytométrie en flux) ou d'actes de typages HLA⁵⁵³.

La Cour écrit : « La capacité annuelle de traitement théorique de l'HAS est d'environ 25 actes par an [...] la Haute Autorité a hiérarchisé la tâche à accomplir, en estimant que 70 actes prioritaires feraient l'objet d'une évaluation classique sous deux à trois ans. Ce travail a commencé en 2019 ; il a permis à la fois des radiations et des inscriptions. La crise épidémique de l'année 2020 a cependant stoppé temporairement ce mouvement. ».

Ceci est en partie exact. Grâce à des ressources humaines additionnelle (3 CDD de 3 ans) recrutées fin 2019, la capacité annuelle de traitement théorique est désormais de 30 évaluations par an, sachant qu'une évaluation peut concerner plusieurs actes. Malheureusement, compte tenu de la crise COVID-19 impactant majoritairement l'activité d'évaluation d'actes de la HAS entre mars 2020 et août 2021 (évaluation prioritaire de l'ensemble des tests COVID-19 sur cette période), cette augmentation transitoire de ressources n'a pas pu profiter à l'évaluation des actes de la liste complémentaire. Ce sera le cas à partir de septembre 2021.

La Cour écrit : « Une délégation d'une partie de ces évaluations à des structures tierces est envisagée par la HAS mais de façon encore imprécise quant à leur nombre et à leurs modalités. ». Cette mention, décrivant une modalité complémentaire visant à augmenter les capacités à faire de la HAS, est exacte. La HAS souhaite apporter quelques précisions. Cette proposition de délégation est en effet à l'étude depuis début 2019. Un cahier des charges précisant les modalités précises de cette délégation a été produit en interne par la HAS. Malheureusement, la crise covid-19 a interrompu la mise en œuvre de cette proposition. Elle va donc reprendre en octobre 2021 avec la reprise des échanges avec les structures tierces et la DGOS afin de permettre un lancement opérationnel à partir de 2022.

⁵⁵³ Les actes en question sont parfaitement validés scientifiquement et inscrits en NABM mais avec des limites (moins de 8 anticorps pour l'acte I103 en CCAM vs moins de 24 anticorps pour le G065 ; 6 modalités de prise en charge différentes pour les tests HLA qu'il conviendrait de simplifier).

La Cour écrit : « Dans tous les cas, la HAS devra veiller à ce que lesdites structures tierces ne soient ni promoteurs ni des prescripteurs importants des actes qu'elles auraient à évaluer. ». La HAS est totalement en accord avec cette remarque et veillera à ce qu'elle soit mise en œuvre.

La Cour écrit : « Recommandation n°26 : Résorber le retard d'évaluation d'ici au 31 décembre 2024, en radiant les actes qui sont devenus obsolètes ou inutiles et en intégrant les autres à la NABM (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam, HAS). ». La HAS est en accord avec cette proposition qui prolonge de deux ans (fin 2024 vs fin 2022) la durée pour finaliser les évaluations nécessaires à l'extinction de la liste complémentaire, afin de compenser les deux ans perdus par la crise COVID-19 en 2020-2021.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE (MSA)

J'ai pris connaissance avec la plus grande attention des extraits du rapport intitulé « La Sécurité Sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2021 (RALFSS) ».

Ce projet de rapport n'appelle pas d'observations de ma part sur la partie relative à l'Allocation de Rentrée Scolaire. Je regrette néanmoins que la Cour des Comptes ne recommande pas le versement de cette allocation dès le 3^e anniversaire de l'enfant alors que la scolarité est obligatoire à l'âge de trois ans depuis la rentrée 2019.

En revanche sur l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées (ASPA), si je partage les constats de la Cour des comptes relatifs à la complexité de ses règles d'éligibilité qu'il conviendrait de simplifier, je ne souscris pas aux remarques concernant la maîtrise insuffisante des risques concernant la CCMSA.

En effet, depuis le 1^{er} janvier 2020, la MSA a repris la gestion du Service de l'ASPA conformément à la loi de financement de sécurité sociale de 2017, la gestion étant antérieurement assurée par la Caisse des Dépôts et Consignations.

La prise en charge de ce dispositif par la MSA s'est accompagnée de modalités de maîtrise des risques garantissant :

L'ouverture correcte des droits ;

La couverture du risque de fraude ou de fausse déclaration ;

L'exactitude des données détenues par la MSA tout au long de la vie du dossier au sein du régime agricole.

Un référentiel de sécurisation SASPA articulant l'intervention des ordonnateurs retraite (au plan des vérifications métier) avec celle des agents en charge du contrôle ou de la lutte contre la fraude (LCF), a été mis en place avec pour vocation d'accompagner ce transfert de gestion du SASPA au régime agricole.

Deux niveaux de sécurisation ont été prévus pour s'assurer que les bénéficiaires du SASPA remplissent bien l'ensemble des conditions exigées notamment la condition de résidence stable et régulière en France ou dans les DOM, la condition de régularité de séjour pour les assurés de nationalité étrangère, la condition de ressources et la condition de non-cumul des droits :

Un contrôle de premier niveau est réalisé dès l'ouverture des droits et des vérifications périodiques en cours de droit sont également prévues ;

Le contrôle de second niveau implique le recours au contrôle externe et/ou au service LCF. À cet effet, deux requêtes nationales LCF ont été élargies au SASPA et ont fait l'objet d'une diffusion au réseau en 2021. Il en sera de même pour la requête LCF RIB étranger/prestation non exportable.

Par ailleurs, des travaux sont en cours avec la DSI pour mettre en place des contrôles suivants sur l'Aspa et le Saspa :

RNCPS pour le contrôle de résidence, le double cumul de droit, la consommation droit maladie, la consommation droit famille ;

PASRAU pour les contrôles ressources et résidence ;

FICOBA pour les contrôles de résidence.

Ainsi, l'ensemble de ces dispositifs garantissent une maîtrise efficace des risques.

RÉPONSE DE L'AGENCE DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ (ANS)

Nous vous remercions pour l'envoi de l'extrait du rapport intitulé : La sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2021 (RALFSS) – Chapitre VIII La dématérialisation des prescriptions médicales : un facteur d'efficience du système, des chantiers ambitieux à faire aboutir.

L'Agence du Numérique en Santé (ANS) partage globalement l'analyse faite par la Cour.

Nous vous proposons cependant d'ajouter quelques éléments afférents au sujet de la e-prescription unifiée en lien avec l'actualité du Ségur numérique.

À partir du chapitre 2, l'Agence propose de noter que l'Assurance Maladie n'a pas utilisé pour ses expérimentations, les standards et profils d'interopérabilité, alors que ceux-ci étaient déjà connus des industriels et éditeurs de logiciels.

Or, les projets européens vont imposer ces standards et profils pour le partage de la prescription et de la dispensation dans le cadre des échanges transfrontaliers <https://sesali.fr/> et <https://www.x-ehealth.eu/> et donc demander aux éditeurs de développer deux formats d'interface.

Il nous semblerait ainsi pertinent que l'ANS puisse être consultée en amont de tout projet « majeur » en e-santé afin de pouvoir étudier les standards et les profils d'interopérabilité à mettre en œuvre.

Néanmoins, si le contexte de crise sanitaire a provoqué un retard comme le note la Cour, les travaux menés dans le cadre du Ségur Numérique devraient accélérer le déploiement de la e-prescription unifiée. En effet, des exigences sur ce domaine sont intégrées dans le dossier de spécification de référencement (DSR) du couloir médecine de ville, destiné à décrire les attentes des solutions logicielles candidates au référencement délivré par l'ANS et éligibles au dispositif de financement Ségur.

Nous vous proposons ainsi un encadré pour présenter « Le Ségur Numérique » :

Avec un objectif de généraliser le partage fluide et sécurisé de données de santé entre professionnels ainsi qu'avec l'utilisateur pour mieux prévenir et mieux soigner, le volet Ségur numérique, offre un soutien inédit au développement du numérique en santé en France. C'est ainsi 2 milliards d'euros d'investissements, grâce au programme France Relance, qui seront consacrés au numérique en santé : 1,4 milliard d'euros pour le partage de données de santé sur 3 ans et le déploiement de « mon espace santé », auquel s'ajoutent 600 millions dédiés au secteur médicosocial sur 5 ans. Ils permettront de donner un coup d'accélérateur sans précédent pour rattraper le retard dans la modernisation des systèmes d'information dans le respect de la feuille de route nationale du numérique en santé portée par le ministère des Solidarités et de la Santé.

Issu d'une démarche portée et construite avec l'implication des acteurs de l'écosystème (institutionnel, professionnels de santé, fournisseurs de solutions logicielles ...), organisée en couloir (hôpital, biologie, imagerie, médecine de ville, pharmacie d'officine, secteur médicosocial), ce volet se propose de s'appuyer sur deux modalités de financements que sont, d'une part un financement à l'équipement et d'autre part un financement à l'usage. Dans le cadre du financement à l'équipement, l'État met en place à travers un système ouvert et non sélectif (SONS), un mécanisme d'achat ouvert au bénéfice des acteurs de l'offre de soins via un financement direct des éditeurs de logiciels.
