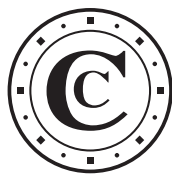


Cour des comptes



FINANCES ET COMPTES PUBLICS

LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

Mai 2026

Sommaire

Procédures et méthodes	9
Délibéré	13
Récapitulatif des recommandations	15
Introduction générale	21
Première partie Des comptes sociaux dont le rétablissement n'est pas assuré.....	29
Chapitre I Une situation financière dégradée, des marges de manœuvre à reconstituer	31
A - Un déficit qui a doublé en deux ans.....	34
B - Une construction fragile de la LFSS 2026.....	47
C - L'impératif de retrouver des marges de manœuvre face aux incertitudes économiques.....	53
Chapitre I Bis Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau de situation patrimoniale de la sécurité sociale pour 2025.....	61
A - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre pour l'exercice 2025	64
B - Avis de la Cour sur la cohérence du tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2025	72
Chapitre II Un ONDAM tenu en 2025 mais une trajectoire qui reste à infléchir	85
I - Un ONDAM tenu en 2025 grâce à la régulation infra-annuelle, sans inflexion structurelle	89
A - L'ONDAM 2025 voté en LFSS, une cible respectée, mais peu ambitieuse.....	89
B - La régulation infra-annuelle a fonctionné en 2025	91
II - Des évolutions différenciées entre sous-objectifs	94
A - Soins de ville : une progression soutenue, une dynamique non maîtrisée des indemnités journalières	94
B - Produits de santé : des dépenses en hausse, des leviers de régulation à rééquilibrer.....	98
C - Établissements de santé : une reprise soutenue de l'activité des hôpitaux publics en 2025 sans amélioration notable de leur situation financière	101
D - Secteur médico-social : des moyens réduits en cours d'année au détriment de la transformation de l'offre	104
E - Les autres sous-objectifs en sous-exécution.....	105

III - La nécessité d'une trajectoire plus exigeante de l'ONDAM	106
A - Une construction de l'ONDAM 2026 dans la continuité de 2025	106
B - À partir de 2027, des perspectives défavorables qui exigent de mettre en place des économies structurelles pour freiner la dépense	109

Chapitre III L'ONDAM, un outil de régulation des dépenses de santé nécessaire et à renforcer111

I - Depuis 2020, une maîtrise insuffisante de la dynamique des dépenses de santé.....	114
A - Une dépense qui croît désormais plus rapidement que la richesse nationale	115
B - Une croissance structurelle des dépenses de santé.....	117
C - Des dépassements systématiques de l'objectif jusqu'en 2024	119
II - Des mécanismes de pilotage mis en défaut	121
A - Une trajectoire pluriannuelle inopérante.....	121
B - La construction de l'ONDAM annuel : une transparence insuffisante.....	123
C - Une régulation infra-annuelle insuffisante avant 2025	128
III - Rendre à l'ONDAM son rôle de pilotage et d'orientation stratégique des dépenses de santé	131
A - Conforter le cadre de régulation pluriannuel	131
B - Renforcer les leviers de régulation sectoriels et les articuler avec la trajectoire pluriannuelle.....	134
C - Consolider la gouvernance de l'ONDAM.....	137

Chapitre IV Vingt ans de certification des comptes de la sécurité sociale : une exigence reconnue, des leviers d'amélioration à mobiliser141

I - La certification des comptes, une pratique établie aux apports reconnus	144
A - Un exercice adapté aux spécificités de la sécurité sociale	145
B - Un exercice annuel, complet et permanent, dont le calendrier est contraint	147
C - Un coût modéré au regard des enjeux financiers	149
II - Des opinions exigeantes, qui peuvent se traduire par des refus de certification	150
A - Des constats traduisant des progrès en matière comptable et soulignant les enjeux de contrôle	150
B - La place croissante de la mesure du risque financier résiduel.....	153
C - Une préoccupation croissante pour la fiabilité des opérations	157
III - Des chantiers à conduire pour mieux fiabiliser les comptes et donner un nouvel élan au contrôle interne	158
A - Des systèmes d'information anciens, en lente refonte, dans un paysage en mutation	159
B - Une impulsion à redonner au contrôle	163

Deuxième partie Des réformes nécessaires pour assurer un redressement pérenne des comptes sociaux.....	171
Chapitre V Les franchises et participations forfaitaires de l'assurance maladie : des optimisations nécessaires, des transformations envisageables.....	173
I - Un rendement significatif, une responsabilisation des assurés non démontrée.....	176
A - Des dispositifs complexes et peu lisibles, mais d'un rendement important pour l'assurance maladie	176
B - Des objectifs de rendement et de responsabilisation diversement atteints	183
II - Sous condition de préserver l'accès à la santé, une refonte souhaitable pour plus de simplicité et d'efficacité	188
A - La préservation de l'accès à la santé, condition nécessaire pour toute évolution.....	189
B - Consolider les franchises et participations pour plus de simplicité, d'équité et de rendement.....	192
Chapitre VI Les soins dentaires : des réformes aux effets incertains, un pilotage à renforcer	199
I - Des réformes aux effets incertains	202
A - Un enjeu de santé publique ne faisant pas l'objet d'une stratégie d'ensemble.....	202
B - L'objectif d'une pratique plus préventive : une priorité qui peine à entrer dans les faits	204
C - L'objectif d'une amélioration de l'accès aux soins : des résultats contrastés	207
II - Une forte augmentation des dépenses nécessitant un renforcement de leur pilotage.....	211
A - Une augmentation continue des dépenses et des honoraires perçus.....	212
B - Des ajustements entre financeurs au profit de la réduction du reste à charge des ménages	215
C - Un pilotage des dépenses à améliorer	217
III - Une gestion du risque à renforcer	219
A - Une qualité des soins dentaires à améliorer	219
B - Des mesures d'accompagnement à articuler avec des procédures plus contraignantes	221
C - Des contrôles à renforcer et à mieux coordonner.....	222

Chapitre VII Les transports de patients à la charge de l'assurance-maladie : une dépense à réguler plus efficacement, des acteurs à davantage responsabiliser	229
I - Une dépense en forte croissance qui reste peu suivie et mal analysée	232
A - Une dépense largement remboursée et dynamique	232
B - Une dépense concentrée sur les patients en affection longue durée, qui présente des disparités territoriales	235
C - Une dépense insuffisamment suivie et analysée	237
II - Une régulation à renforcer	240
A - Une demande à contenir	240
B - Un encadrement de l'offre à réformer et à unifier	243
C - Des évolutions tarifaires à mieux maîtriser	246
III - Responsabiliser davantage les acteurs	250
A - Impliquer les prescripteurs, mobiliser les hôpitaux	250
B - Responsabiliser financièrement les assurés	254
C - Fiabiliser le système de facturation des transports pour réduire les erreurs et les fraudes	255
Chapitre VIII Les hospitalisations inadéquates : des parcours de soins à réorganiser, des économies importantes à mobiliser	259
I - Un potentiel d'amélioration des parcours et d'économies important	263
A - Des lits bloqués et des marges de manœuvre variables selon les motifs d'hospitalisation	263
B - Des causes multiples, accentuées par le vieillissement de la population	268
II - Réduire les hospitalisations inadéquates : un changement d'échelle nécessaire	274
A - Un enjeu d'organisation interne des établissements de santé	274
B - Une animation régionale et territoriale à renforcer	278
C - Des initiatives nationales à amplifier	282
Troisième partie Une mise en œuvre difficile des réformes engagées	287
Chapitre IX Les petites pensions de retraite : des revalorisations ciblées, mal maîtrisées	289
I - De nombreux retraités, aux profils variés, percevant moins de 1 200 € par mois de pension	293
A - Fin 2020, plus de deux retraités sur cinq percevaient une petite pension de droit direct	293
B - Des minima de pension versés à une majorité de retraités percevant une petite pension	297
II - Des mesures de revalorisation des petites pensions mal maîtrisées	303
A - Des mesures ciblées particulièrement complexes	304
B - Des mesures difficiles à mettre en œuvre et à faire comprendre, des coûts entourés d'incertitudes	311

Chapitre X Le compte professionnel de prévention de l'usure professionnelle : une nécessaire remise à plat	319
I - Un dispositif atypique, devenu inéquitable	322
A - Un dispositif unique en Europe	322
B - Une difficulté à prendre en compte certains facteurs de pénibilité	324
C - Un pilotage insuffisant, des risques opérationnels	327
II - Des incitations à la prévention insuffisantes	330
A - Une préférence des salariés pour les cessations anticipées d'activité	330
B - Des obstacles au développement de la prévention	333
III - Revoir le dispositif pour en assurer la soutenabilité et l'équité	338
A - Un enjeu financier croissant	338
B - Un dispositif à revoir en profondeur	342
Chapitre XI La fréquence des réformes à la CNAF et à la CNAV : un défi pour la mise en œuvre et la qualité de service.....	347
I - Des difficultés de mise en œuvre des réformes dues à leur fréquence et à leur complexité	350
A - Des réformes qui se succèdent à un rythme soutenu.....	350
B - Des réformes parfois complexes à appliquer	352
C - Des conséquences dommageables pour les systèmes d'information et la qualité du service aux usagers.....	358
II - Des conditions à réunir plus systématiquement pour réussir les réformes.....	362
A - Une organisation des caisses intégrant les contraintes des réformes	363
B - Des délais de conception et de mise en œuvre à mieux adapter aux contraintes opérationnelles.....	367
C - L'importance de l'accompagnement des réformes	371
Liste des abréviations	377

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. 111-4-6 du code de la sécurité sociale, ce rapport est transmis au Parlement et au Gouvernement afin d'accompagner le projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale que le Gouvernement dépose sur le bureau de l'Assemblée nationale avant le 1^{er} juin de l'année suivant celle de l'exercice auquel il se rapporte.

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

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

La préparation du rapport est assurée, au sein de la Cour, par la chambre chargée du contrôle de la sécurité sociale. Les chambres régionales des comptes y contribuent pour certains sujets relatifs à la gestion hospitalière. En tant que de besoin, il est fait appel au concours d'experts extérieurs ; des consultations et des auditions sont organisées pour bénéficier d'éclairages larges et variés. Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

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

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

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

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

*
**

Le projet de rapport soumis à la chambre du conseil a été préparé par la Sixième chambre de la Cour des comptes, présidée par M. Lejeune, président de chambre, et composée de M. Bessette, Mme Caroli, MM. Chailland, Chastenet de Géry, Descrozailles, Mme Duchêne, MM. Fourier, Fulachier, Guégano, Guérin, Lassus, Machard, Moguërou, Mosimann, Mmes Régis, Soussia, MM. Stussi, Thomas, Urgin et Vallet, conseillers maîtres.

Le rapporteur général était M. Fourier, conseiller maître, et son adjoint était M. Basselier, auditeur.

Les travaux dont ce rapport constitue la synthèse ont été délibérés par la sixième chambre de la Cour les 14 et 21 novembre, 10, 12 et 17 décembre 2025, les 9, 13, 14, 16, 21, 23, 29 et 30 janvier, 27 février, 9, 12 et 16 mars et 6 mai 2026.

Les travaux ont été effectués :

- en tant que contre-rapporteurs, par Mmes Caroli, Régis, Soussia, MM. Fulachier, Guégano, Guérin et Machard, conseillers maîtres ;
- en tant que rapporteurs, par MM. Burckel, Chailland, Fourier, Guégano, Guérin, Mosimann et Thomas, conseillers maîtres, Mme Duchêne et M. Lassus, conseillers maîtres en service extraordinaire, MM. Kersauze et Perrin, conseillers référendaires, MM. Bachellery, Baïz, Causse, Mme Courcet, MM. Delmas, Gatier, Marino, Mmes Renée, Roncin et Ser-Istin, conseillers référendaires en service extraordinaire, M. Basselier et Mme Bayot, auditeurs, avec le concours de MM. Chouabi, Dardigna, Jaquet, Ozo, Raynal, Renié et Mme Zimmermann, experts de certification, Mmes Chabit, Daniélou et Mokhtari, expertes des systèmes d'information, MM. Anagnan, Charre et Mme Gandin, vérificateurs.

Les projets de chapitres ont été examinés et approuvés :

- le 10 février 2026 par le comité du rapport public et des programmes composé de Mme Camby, présidente de la première chambre faisant fonction de Première présidente, M. Hayez, rapporteur général, M. Meddah, Mme Mercereau, M. Lejeune, Mme Thibault, M. Cazé, présidentes et présidents de chambre de la Cour, M. Glimet, président par intérim de la chambre du contentieux, M. Albertini, M. Vught, M. Roux, Mme Daussin-Charpantier, Mme Renet et Mme Daam, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes, et Mme Hamayon, Procureure générale, entendue en ses avis;
- le 24 mars 2026 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de Mme Camby, doyenne des présidents de chambre, M. Hayez, rapporteur général, M. Meddah, Mme Mercereau, M. Lejeune, Mme Thibault, M. Cazé, présidentes et présidents de chambre de la Cour, M. Glimet, président par intérim de la chambre du contentieux, M. Albertini, M. Roux, M. Vught, Mme Daussin-Charpantier, Mme Renet et Mme Daam, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes. En l'absence de la Procureure générale, empêchée ;
- le 31 mars 2026 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes composé de Mme Camby, doyenne des présidents de chambre, M. Hayez, rapporteur général, M. Meddah, Mme Mercereau, M. Lejeune, Mme Thibault, M. Cazé, présidentes et présidents de chambre de la Cour, M. Glimet, président par intérim de la chambre du contentieux, M. Albertini, M. Vught, Mme Daussin-Charpantier, Mme Renet, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes, et Mme Hamayon, Procureure générale, entendue en ses avis ;

- le 12 mai 2026 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de Mme Carine Camby, doyenne des présidents de chambre, M. Hayez, rapporteur général, Mme M. Meddah, Mme Mercereau, M. Lejeune, Mme Thibault, M. Cazé et M. Glimet, présidentes et présidents de chambre de la Cour, M. Albertini, M. Vught, M. Roux, Mme Daussin-Charpantier et Mme Renet, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes, et Mme Hamayon, 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 et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

Ils sont diffusés par La Documentation Française.

Délibéré

La Cour des comptes, délibérant en chambre du conseil en formation ordinaire, a adopté le présent rapport sur *La sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2026 (RALFSS)*.

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

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

Ont participé au délibéré : Mme Camby, M. Rolland, Mme Mercereau, MM. Lejeune, Hayez, Cazé, Glimet, présidents de chambre, MM. Guérault, Homé, Michaut, Marquet, Vallet, Savy, Tricaud, Moguéro, Grevoul, Mme Charolles, M. Guégano, M. Malcor, Mmes Bacache-Beauvallet, Julienne, MM. Tronco, Mosimann, conseillers maîtres, M. Keïta, Mmes Wisnia-Weill, Rabault, Haguenauer, MM. Jessua, Pottier, conseillers maîtres en service extraordinaire, MM. Lefort, Héritier, Mme Mouysset, présidents de chambre régionale des comptes.

Ont été entendus :

- en sa présentation, M. Lejeune, président de la chambre chargée des travaux sur lesquels le rapport est fondé et de la préparation du rapport ;

- en son rapport, M. Hayez, rapporteur général, rapporteur du projet devant la chambre du conseil, assisté de M. Fourier, conseiller maître, rapporteur général, M. Basselier, auditeur, rapporteur adjoint, et de M. Fulachier, conseiller maître, contre-rapporteur de ce rapport devant la chambre chargée de le préparer ;

- en ses observations orales, sans avoir pris part au délibéré, Mme Hamayon procureure générale, accompagnée de Mme Favereau, avocate générale.

Mme Wisnia-Weill, membre de la chambre du conseil, n'a pas pris part à la délibération.

En application de l'article L. 120-12 du code des juridictions financières, Mme de Montchalin, Première présidente, n'a pas participé au délibéré.

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

Fait à la Cour, le 21 mai 2026

Récapitulatif des recommandations

Chapitre III - L'ONDAM, un outil de régulation des dépenses de santé nécessaire et à renforcer

1. Accroître la transparence dans la construction et le suivi de l'ONDAM dès l'exercice 2027 en publiant les documents méthodologiques sur les prévisions, en détaillant les hypothèses de construction du spontané, des mesures nouvelles et des économies et, en exécution, en présentant dans les documents publics les mesures et économies mises en œuvre (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'action et des comptes publics*).
2. Dans la perspective de la prochaine loi de programmation des finances publiques, définir et étayer une trajectoire pluriannuelle de l'ONDAM, en explicitant les tendances structurelles de l'évolution des dépenses de santé, les objectifs de santé publique et les actions et réformes structurelles du système de soins à mener (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'action et des comptes publics*).
3. Échelonner systématiquement dans les futures conventions avec les professionnels de santé les revalorisations négociées (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'action et des comptes publics*).
4. Anticiper, avant le dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale, la présentation de l'avis du comité d'alerte sur la prévision d'ONDAM incluse dans ce projet, et communiquer cet avis au Haut Conseil des finances publiques (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'action et des comptes publics*).

Chapitre IV - Vingt ans de certification des comptes de la sécurité sociale : une exigence reconnue, des leviers d'amélioration à mobiliser

5. De manière à compléter les dispositifs de prévention et de détection des erreurs et des fraudes, renforcer l'analyse du résultat des indicateurs de risque résiduel (*caisses nationales de l'assurance maladie, d'assurance vieillesse et des allocations familiales, agence centrale des organismes de sécurité sociale*).
6. Afin d'améliorer la connaissance des bénéficiaires entre branches et de sécuriser les droits aux prestations, développer à l'occasion des prochaines conventions d'objectifs et de gestion, des outils automatisés de comparaison des données et de détection des incohérences (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées*).
7. Afin de sécuriser à la source les prestations et de contribuer à la lutte contre la fraude, cartographier les bases de données utiles des administrations et renforcer le pilotage des rapprochements de données (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'action et des comptes publics*).

Chapitre V - Les franchises et participations forfaitaires de l'assurance maladie : des optimisations nécessaires, des transformations envisageables

8. Dans la perspective du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2027, mettre en œuvre le prélèvement des franchises et des participations sur le compte bancaire des assurés (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées*).
9. Dans la perspective du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2027, élargir aux franchises et aux participations la procédure de recouvrement par contrainte des indus de prestations (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées*).
10. Dans la perspective du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2027, élargir le périmètre des franchises et des participations aux dispositifs médicaux, aux actes et consultations des dentistes, sages-femmes et pharmaciens d'officine, ainsi qu'aux assurés résidant à Mayotte et à ceux relevant du régime des industries minières (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées*).

*Chapitre VI - Les soins dentaires : des réformes aux effets incertains,
un pilotage à renforcer*

11. Prévoir, dans la lettre de cadrage adressée au directeur général de l'Union nationale des caisses de l'assurance maladie en vue de la négociation de la prochaine convention, l'introduction d'une clause permettant d'agir en cas de dérapage de la trajectoire des dépenses de prothèses dentaires (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées*).
12. Prévoir, dans la lettre de cadrage adressée au directeur général de l'Union nationale des caisses de l'assurance maladie en vue de la négociation de la prochaine convention, l'introduction des mesures nécessaires au rééquilibrage entre soins conservateurs et soins prothétiques, y compris sous la forme de baisses de tarifs des soins prothétiques (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées*).
13. Renforcer, dès 2027, les restrictions à l'installation des chirurgiens-dentistes dans les zones très dotées et les zones non prioritaires (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées*).
14. Instituer au plus tôt, par une disposition législative, une obligation de transmission à l'assurance maladie et aux assureurs complémentaires des informations relatives à l'ensemble des actes, y compris non remboursables, en conditionnant les prises en charge de cotisations sociales au respect de cette obligation (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, recommandation réitérée*).
15. Réformer les règles applicables à l'orthodontie en vue de la prochaine convention (pertinence des actes, nomenclature et facturation) (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Haute Autorité de santé, caisse nationale de l'assurance maladie*).

*Chapitre VII - Les transports de patients à la charge
de l'assurance-maladie : une dépense à réguler plus efficacement,
des acteurs à davantage responsabiliser*

16. D'ici 2027, réformer le cadre réglementaire de prise en charge des transports de patients (motifs de prise en charge, étendue des cas d'exonération du ticket modérateur, règles de prescription) (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, caisse nationale de l'assurance maladie*).

17. D'ici 2027, réformer et unifier le dispositif d'encadrement de l'offre de transport non urgent (quotas de véhicules, autorisations de mise en service et conventionnement) (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, caisse nationale de l'assurance maladie*).
18. D'ici 2027, programmer le transfert aux établissements hospitaliers de la charge des transports liés aux sorties d'hospitalisation et aux soins itératif (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, caisse nationale de l'assurance maladie*).
19. D'ici 2027, mettre en place un pilotage national et une stratégie concernant le déploiement des plates-formes de commande des transports (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, caisse nationale de l'assurance maladie*).
20. D'ici 2027, supprimer le libre choix du transporteur par le patient, dans les cas où le transport est organisé par l'établissement de soins (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, caisse nationale de l'assurance maladie*).

Chapitre VIII - Les hospitalisations inadéquates : des parcours de soins à réorganiser, des économies importantes à mobiliser

21. D'ici 2027, définir un plan pluriannuel de transformation de l'offre et d'économies résultant des réorganisations conduites (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère du travail et des solidarités, caisse nationale de l'assurance maladie, caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*).
22. D'ici 2027, mettre en place un codage des séjours dans les statistiques hospitalières pour les patients ne nécessitant plus une hospitalisation complète (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère du travail et des solidarités*).
23. D'ici 2027, en raison du vieillissement rapide de la population, redimensionner les capacités-cibles de la filière de soins gériatriques, en cohérence avec l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère du travail et des solidarités, caisse nationale de l'assurance maladie, caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*).

24. D'ici 2027, élaborer un diagnostic partagé des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) concernant la patientèle précaire, et établir un avenant pour prévenir les journées d'hospitalisation inadéquates dans un partenariat entre les ARS, les départements et les préfets (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère du travail et des solidarités*).

*Chapitre IX - Les petites pensions de retraite :
des revalorisations ciblées, mal maîtrisées*

25. Mettre en application dès 2026 les dispositions de la loi du 9 novembre 2010 soumettant le minimum garanti à des conditions de subsidiarité et d'écêtement (*ministère du travail et des solidarités, ministère de l'action et des comptes publics, recommandation réitérée*).
26. Résorber le stock des dossiers des retraités en attente de calcul définitif du minimum contributif et de la pension majorée de référence, notamment en accélérant, dès 2026, la fiabilisation de l'alimentation par les différents régimes du répertoire des échanges inter-régimes de retraite (*ministère du travail et des solidarités, caisse nationale d'assurance vieillesse, caisse centrale de la mutualité sociale agricole, recommandation réitérée*).
27. Améliorer dès 2026 l'information sur les dispositifs de minima de pension en renforçant la communication pour les assurés ne liquidant pas l'ensemble de leurs droits à pension de retraite à taux plein (*ministère du travail et des solidarités, ministère de l'action et des comptes publics, caisse nationale d'assurance vieillesse, caisse centrale de la mutualité sociale agricole, caisse des dépôts et consignations, recommandation réitérée*).

*Chapitre X - Le compte professionnel de prévention
de l'usure professionnelle : une nécessaire remise à plat*

28. Engager dès 2026 une négociation à l'échelle des branches professionnelles en vue d'établir une liste des métiers pénibles sur le fondement d'une nomenclature commune des métiers (*ministère du travail et des solidarités*).
29. Faire évoluer le compte professionnel de prévention en prenant en compte l'ensemble des salariés exposés à un métier ou à des conditions de travail pénibles figurant sur une liste à établir et en réduisant la part des financements alloués à la réparation, au bénéfice de celle allouée à la prévention des risques (*ministère du travail et des solidarités*).

30. Parallèlement, confier aux partenaires sociaux la gouvernance et le pilotage du C2P placé sous contrainte du strict respect d'un budget annuel limitatif défini par le produit des cotisations patronales (*ministère du travail et des solidarités*).
31. En 2027, instituer, au sein de la majoration (M4) de cotisation patronale finançant le C2P, une part modulée en fonction de l'exposition des salariés de l'entreprise aux risques d'usure professionnelle (*ministère du travail et des solidarités*).
32. Dès 2026, automatiser les contrôles sur les déclarations d'exposition aux risques d'usure professionnelle (*caisse nationale de l'assurance maladie, groupe d'intérêt public Modernisation des données sociales*).

*Chapitre XI - La fréquence des réformes à la CNAF et à la CNAV :
un défi pour la mise en œuvre et la qualité de service*

33. Établir chaque année, dès 2027, à destination du Parlement, un bilan de la mise en œuvre des mesures nouvelles gérées par la CNAV et la CNAF, sur les plans opérationnels et des coûts de gestion (*ministère du travail et des solidarités, ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, caisse nationale d'assurance vieillesse, caisse nationale des allocations familiales*).
34. Définir la trajectoire de refonte du système d'information de la CNAF d'ici 2027, en vue d'une mise en œuvre dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion 2028-2032 (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, caisse nationale des allocations familiales*).
35. Sécuriser, dès 2027, une partie des moyens affectés par la CNAV et la CNAF aux systèmes d'information pour réduire leur obsolescence (*ministère du travail et des solidarités, ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, caisse nationale d'assurance vieillesse, caisse nationale des allocations familiales*).

Introduction générale

En application de la loi organique du 14 mars 2022, le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS) fait l'objet d'un dépôt conjoint au projet de loi d'approbation des comptes 2025 de la sécurité sociale avant le 1^{er} juin suivant la clôture de l'exercice.

Afin d'éclairer le Parlement lors du vote de cette loi et de participer à la préparation de mesures d'économies dans la prochaine loi de financement de la sécurité sociale, le présent rapport s'attache à :

- décrire la situation et les perspectives des finances sociales au terme de l'exercice 2025 et détailler les conditions de la régulation des dépenses de l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) et de la certification des comptes du régime général par la Cour des comptes ;
- analyser des domaines dont l'évolution récente, en recettes ou en dépenses, a eu des conséquences importantes sur l'augmentation du déficit de l'assurance maladie afin d'émettre des recommandations de réforme ;
- examiner les conditions de la conduite de réformes engagées au sein de la sécurité sociale.

Partie I - Des comptes sociaux dont le rétablissement n'est pas assuré

La présentation des comptes de la sécurité sociale et de l'évolution de l'ONDAM en 2025 fait l'objet des chapitres I et II de cette première partie. Le chapitre III procède à un examen approfondi de l'ONDAM comme outil de régulation de la dépense. Le chapitre IV fait le bilan des vingt ans de certification des comptes du régime général de la sécurité sociale par la Cour.

Chapitre I – Une situation financière dégradée, des marges de manœuvre à reconstituer

En 2025, le déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale s'est élevé à 21,6 Md€. Ce montant est inférieur de 0,5 Md€ à celui prévu par la loi de financement initiale en raison essentiellement d'une

modération de la dépense en exécution. La progression du déficit est forte (il a doublé en deux ans) et le niveau atteint est le plus élevé depuis 2012, hors années exceptionnelles de la pandémie de covid 19.

La loi de financement pour 2026 prévoit de rompre avec cette tendance et de ramener le déficit à 19,4 Md€. Pour cela, elle recourt toutefois davantage à une augmentation des recettes et des transferts de l'État qu'à des économies en dépenses. Par ailleurs, des mesures en trésorerie devraient permettre d'éviter une trop forte hausse de la dette sociale portée par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) : cette dette devrait augmenter de 9 Md€ pour atteindre 68 Md€ fin 2026.

Ces prévisions restent cependant entourées d'incertitudes en raison des conséquences sur l'inflation et sur la croissance du conflit au Moyen-Orient. Or la sécurité sociale ne dispose plus de marges de manœuvre pour absorber des chocs économiques. Dans un contexte de pression croissante sur les dépenses et de risque de soutenabilité financière du système à moyen terme, il est indispensable d'engager une réduction structurelle du déficit de la sécurité sociale visant le retour à l'équilibre d'ici 2030.

Chapitre II – Un ONDAM tenu en 2025 mais une trajectoire qui reste à infléchir

Les dépenses de l'ONDAM s'établissent à 265,4 Md€ en 2025 (comptes provisoires) pour un objectif fixé à 265,9 Md€ dans la loi de financement pour 2025. Pour la première fois depuis la crise sanitaire, l'objectif a été respecté. Toutefois, celui-ci était peu ambitieux et le résultat n'a été atteint que grâce au déclenchement du mécanisme d'alerte en juin 2025.

Concernant les soins de ville, malgré le report de hausses conventionnelles prévues, la dynamique de dépenses est restée forte, en particulier pour les indemnités journalières et pour les médicaments. La régulation de la dépense a essentiellement porté sur les établissements de santé et médico-sociaux, dont la situation financière est fragilisée.

Selon la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, le rythme de progression de l'ONDAM en 2026 (3,1 %), puis jusqu'en 2029 (2,9 %), ne permettra pas de résorber les déficits de l'assurance maladie, qui augmenteraient à nouveau chaque année à partir de 2027. Par ailleurs, les risques d'exécution sont importants dès 2026. Il est donc nécessaire d'améliorer de façon structurelle l'efficacité de la dépense pour ramener la progression de l'ONDAM à un rythme inférieur à la croissance économique, compatible avec le rétablissement de l'équilibre des comptes de la sécurité sociale.

Chapitre III – L’ONDAM, un outil de régulation des dépenses de santé nécessaire et à renforcer

Voté chaque année par le Parlement en loi de financement de la sécurité sociale depuis 1996, l’ONDAM formalise un objectif de dépenses et définit le cadre de régulation sectorielle pour l’atteindre. Régulièrement mis en défaut depuis la crise sanitaire, il est pourtant nécessaire à la maîtrise de la dépense de santé, compte tenu du vieillissement de la population et de la progression du coût de l’innovation thérapeutique.

Pour lui rendre un rôle de pilotage financier et d’orientation stratégique des dépenses, son cadre pluriannuel devrait être renforcé en définissant les priorités de santé à financer, au regard des évolutions démographiques et épidémiologiques, et les plans d’économie à conduire. Les hypothèses qui fondent sa construction annuelle pourraient être plus transparentes et construites avec plus de robustesse. Enfin, les leviers de régulation infra-annuels devraient être renforcés, en particulier pour les soins de ville.

Chapitre IV – Vingt ans de certification des comptes de la sécurité sociale : une exigence reconnue, des leviers d’amélioration à mobiliser

Les comptes des branches et des caisses nationales du régime général de la sécurité sociale sont certifiés par la Cour des comptes depuis vingt ans. D’un coût peu élevé, la certification a favorisé une amélioration de la qualité des comptes et la professionnalisation des pratiques. Elle a conduit à une montée en puissance du contrôle interne, permettant de mieux maîtriser les risques relatifs au recouvrement des prélèvements et au versement des prestations. Enfin, elle a contribué à la prévention, à la détection et à la répression des fraudes, avec des résultats croissants ces dernières années.

Toutefois, les caisses nationales restent tributaires d’une réglementation toujours plus évolutive et complexe, et des faiblesses de leurs systèmes d’information, souvent anciens. La progression du nombre et du volume d’anomalies détectées à la branche famille a conduit à ce que ses comptes ne soient plus certifiés entre 2022 et 2024. En 2025, la généralisation du dispositif relatif aux ressources mensuelles a permis de sécuriser les déclarations de ressources des allocataires de la prime d’activité et du revenu de solidarité active (RSA) et à la Cour de certifier les comptes de la branche famille. Au-delà de ce progrès ponctuel, les caisses doivent renforcer leur mobilisation pour le contrôle interne afin d’ajuster leurs outils de prévention, mieux lutter contre la fraude et assurer le paiement des prestations à bon droit dans un processus d’amélioration continue.

Partie II - Des réformes nécessaires pour un redressement pérenne des comptes sociaux

La deuxième partie du rapport analyse quatre domaines relevant de l'assurance maladie, dont l'évolution récente a eu des incidences importantes sur les déficits sociaux. Des recettes plus importantes pourraient être obtenues par une refonte du dispositif des franchises et des participations forfaitaires (chapitre V). Les réformes engagées pour les dépenses de soins dentaires (chapitre VI) et le transport des patients (chapitre VII) n'ont pas conduit, jusqu'à présent, à une modération de la dépense, qui supposerait une régulation plus stricte et une plus grande responsabilisation des acteurs. Enfin, le système de soins devrait être réformé en vue de développer une alternative moins coûteuse aux hospitalisations inadéquates, inutiles ou trop longues (chapitre VIII).

Chapitre V – Les franchises et participations forfaitaires de l'assurance maladie : des optimisations nécessaires, des transformations envisageables

Les franchises et participations forfaitaires sont des contributions financières payées par les patients lorsqu'ils consultent un médecin, achètent un médicament, font un examen biologique ou radiologique, etc. Non remboursées par les organismes complémentaires, elles visent à responsabiliser les assurés dans leur consommation de soins et à financer l'assurance maladie.

Leur effet de responsabilisation est cependant incertain du fait de leur complexité et de leur faible lisibilité. Leur rendement, fortement accru en 2024, a contribué à une augmentation du reste à charge des patients, qui reste toutefois inférieur à celui des autres pays européens.

Afin d'augmenter le rendement, les modalités de recouvrement des franchises et participations devraient être améliorées pour les assurés au tiers-payant, le périmètre des dispositifs pourrait être encore élargi et le nombre d'exemptions réduit, ce qui permettrait d'augmenter les recettes de plus de 1 Md€. Parallèlement, la lisibilité de ces dispositifs et l'information des assurés pourraient être meilleures. À long terme, les franchises et les participations forfaitaires pourraient être fusionnées et leurs plafonds pourraient prendre en compte le niveau des revenus des assurés.

*Chapitre VI – Les soins dentaires : des réformes aux effets incertains,
un pilotage à renforcer*

Dans deux rapports en 2010 et 2016, la Cour constatait le désengagement financier de l'assurance maladie des soins dentaires, l'échec de la politique conventionnelle à endiguer la dérive des coûts et des disparités importantes d'accès aux soins. Depuis lors, des réformes ont eu pour ambition de renforcer la prévention bucco-dentaire des jeunes et, par l'introduction du *100 % santé*, d'améliorer l'accessibilité financière des prothèses dentaires. Toutefois, les dépenses continuent à croître rapidement, en particulier pour l'orthodontie, les disparités sociales et territoriales d'accès aux soins dentaires augmentent, et les contrôles de l'assurance maladie révèlent des fraudes.

Une régulation plus stricte des dépenses est nécessaire par une réduction des tarifs des soins prothétiques et un relèvement pour les soins conservateurs, un renforcement des restrictions à l'installation des chirurgiens-dentistes dans les zones très dotées et non prioritaires, et une meilleure coordination des contrôles de l'assurance maladie et des organismes complémentaires.

*Chapitre VII – Les transports de patients à la charge
de l'assurance maladie : une dépense à réguler plus efficacement,
des acteurs à davantage responsabiliser*

Les transports de patients terrestres programmés hors urgence peuvent être assurés par des ambulances, des véhicules sanitaires légers, des taxis conventionnés, des transports en commun ou un véhicule personnel. La dépense pour l'assurance maladie, mal suivie et analysée, progresse à un rythme élevé. Les patients en affection longue durée, dont le nombre augmente, sont intégralement remboursés pour les transports en lien avec cette affection. Les hôpitaux prescrivent la majorité des trajets alors qu'ils ne prennent en charge que les transferts intra et inter-hospitaliers depuis 2018. Pour freiner la progression de la dépense, des ajustements tarifaires limités ont été réalisés, le recours au transport partagé a été encouragé, et des efforts ont été réalisés dans la sécurisation de la facturation afin de réduire les fraudes.

Un renforcement de la régulation est nécessaire. Du côté de la demande, les motifs de prise en charge devraient être redéfinis dans un sens plus restrictif et le transport partagé systématisé pour les soins itératifs, grâce aux plates-formes hospitalières de réservation. Du côté de l'offre, les contingentements départementaux de véhicules devraient être réformés et unifiés.

La recherche de gains d'efficience requiert la responsabilisation des acteurs. La sécurisation de la facturation pourrait être encore améliorée, notamment en développant la dématérialisation des prescriptions et des demandes d'accords préalables. Enfin, les hôpitaux devraient supporter, avec une compensation à prévoir, une plus grande part de la charge des transports qu'ils prescrivent, en priorité de ceux liés aux sorties d'hospitalisation et aux soins itératifs.

Chapitre VIII – Les hospitalisations inadéquates : des parcours de soin à réorganiser, des économies importantes à mobiliser

Les hospitalisations inadéquates recouvrent des admissions à l'hôpital pour des patients qui auraient pu être pris en charge en ville et des séjours anormalement longs par rapport aux durées de référence. Les populations principalement concernées sont les personnes âgées, isolées ou précaires, pouvant subir des troubles cognitifs ou fonctionnels. Les surcoûts pour le système de soins sont importants. Ils varient beaucoup selon les territoires en fonction des caractéristiques sociales des populations qui y vivent et de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale proposée.

De nombreuses expérimentations ont visé à améliorer l'organisation des parcours de soins, en amont et en aval de l'hospitalisation. Un changement d'échelle est toutefois nécessaire, qui passe par une information en temps réel sur la disponibilité en lits et places et par une structuration territoriale des coopérations entre établissements. À plus long terme, des plans pluriannuels de transformation de l'offre territorialisés devraient développer l'orientation des patients vers les champs social et médico-social et réduire en parallèle l'offre hospitalière, plus coûteuse, avec des transferts de financement entre secteurs. Le gain d'efficience net pourrait conduire à des économies pour le système de soins estimées à 1,3 Md€ en quatre ans.

**Partie III - Une mise en œuvre difficile
des réformes engagées**

Dans la période récente, des réformes de la sécurité sociale ont posé de grandes difficultés de mise en œuvre, comme la revalorisation des petites pensions dans la réforme des retraites de 2023 (chapitre IX) ou la transformation du compte professionnel de prévention de l'usure professionnelle depuis 2018 (chapitre X). La fréquence des réformes conduites par les caisses nationales des allocations familiales et de l'assurance vieillesse entre 2014 et 2025 (chapitre XI) a nui à leur modernisation technique et a perturbé la qualité du service rendu aux assurés.

*Chapitre IX - Les petites pensions de retraite :
des revalorisations ciblées, mal maîtrisées*

La plupart des régimes de base servent des *minima* de pensions sous certaines conditions, dont celle de bénéficier d'une retraite à taux plein. La réforme des retraites de 2023 s'est appuyée sur ces dispositifs pour revaloriser les petites pensions d'un montant annoncé de 100 € par mois et les porter à 85 % du SMIC, soit près de 1 200 € par mois à l'époque.

Toutefois, la complexité de la réforme a suscité des incompréhensions. Moins du tiers des retraités percevant des pensions inférieures à 1 200 € s'est avéré éligible. Les gains ont été en moyenne de 30 € par mois pour les nouveaux retraités, 45 € pour les anciens. En outre, pour les personnes déjà retraitées, la réforme a suscité des difficultés de gestion, qui ont conduit les caisses de retraite à différer les versements et à en effectuer à des retraités qui n'auraient pas dû en bénéficier. À l'avenir, il est nécessaire d'harmoniser les conditions d'éligibilité des *minima* entre les régimes, de les verser sans délai et de mieux informer les assurés sur leurs droits.

*Chapitre X - Le compte professionnel de prévention de l'usure
professionnelle : une nécessaire remise à plat*

Le compte professionnel de prévention permet à des salariés exposés à des facteurs de pénibilité dans leur travail (travail de nuit, trois huit, etc.) de partir plus tôt à la retraite, de travailler à temps partiel en étant rémunérés à temps plein, ou encore de bénéficier d'une formation ou d'une reconversion.

Atypique par rapport aux outils appliqués dans les autres pays européens, le dispositif français présente des défauts majeurs. Son champ est étroit, excluant les assurés exposés à des risques ergonomiques depuis sa réforme en 2017. Instable et complexe, il est insuffisamment contrôlé malgré un nombre élevé d'erreurs déclaratives et de fraudes. Son coût, actuellement limité, devrait fortement augmenter avec la montée en charge du dispositif, pour dépasser 1 Md€ par an, hors inflation, en 2060. Une révision en profondeur est donc nécessaire pour le simplifier et le sécuriser, conforter son orientation vers la prévention au lieu de la réparation, et mieux maîtriser la progression des dépenses à venir.

*Chapitre XI – La fréquence des réformes à la CNAF et à la CNAV :
un défi pour la mise en œuvre et la qualité de service*

Les prestations gérées par les caisses nationales des allocations familiales (CNAF) et d'assurance vieillesse (CNAV) ont fait l'objet de nombreuses réformes entre 2014 et 2025. Or, les systèmes d'information de ces caisses sont fragiles et anciens, en particulier à la CNAF. La fréquence des réformes et la brièveté de leurs délais d'application ont limité la capacité des caisses nationales à les moderniser. Certaines réformes ont perturbé la qualité du service rendu à l'utilisateur. Enfin, les coûts d'implantation ont été élevés, leur pilotage n'étant pas une priorité des caisses.

Les caisses se sont organisées pour faire face au flux permanent des réformes, en adaptant leur organisation et en recourant, pour la CNAF, à des cabinets de conseil. Elles ont également investi dans la formation des équipes et ont développé une relation active aux usagers. Pour limiter les effets négatifs, une meilleure association des opérateurs en amont des réformes devrait être recherchée et leur mise en œuvre être plus échelonnée. Enfin, les moyens consacrés à la modernisation des systèmes d'information, qui devraient faire l'objet d'une complète refonte à la CNAF, devraient être sécurisés dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion.

Première partie

Des comptes sociaux dont le rétablissement n'est pas assuré

Chapitre I

Une situation financière dégradée, des marges de manœuvre à reconstituer

PRÉSENTATION

Le déficit 2025 des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse a doublé en deux ans. Le montant des produits s'est élevé à 644,4 Md€ et celui des charges à 666,0 Md€. Le déficit atteint 21,6 Md€, niveau le plus élevé depuis 2012 hors années covid.

Son augmentation par rapport à 2024 est due en partie à l'effet de la situation économique sur les recettes. Elle résulte surtout de l'écart structurel entre les dynamiques de dépenses et de recettes, que n'ont pas compensé les mesures de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Le déficit 2025 est néanmoins inférieur de 0,5 Md€ à la prévision de la LFSS grâce à des efforts de maîtrise de la dépense en exécution.

Pour 2026, la LFSS prévoit d'abaisser le déficit à 19,4 Md€, principalement grâce à un apport de recettes nouvelles. Elle dégage des ressources temporaires pour soulager la trésorerie de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Sauf mesures de régulation en cours d'année, le déficit devrait cependant être supérieur à cette cible en raison, notamment, des effets de la dégradation de la situation économique liée au contexte géopolitique.

À l'avenir, la sécurité sociale ne disposera pas de marges de manœuvre pour faire face à des chocs macro-économiques, alors même que le vieillissement démographique et le progrès technique vont accroître encore l'écart entre les dynamiques de dépenses et de recettes. Il serait donc indispensable, dès 2027, d'engager un retour vers l'équilibre d'ici 2030.

Le chapitre analyse les raisons du creusement du déficit 2025 (I) et les incertitudes pesant sur sa réduction, prévue par la LFSS pour 2026 (II). Dans le contexte du conflit au Moyen-Orient, il expose les risques macroéconomiques pesant sur le financement de la sécurité sociale à moyen terme et présente comment le retour à l'équilibre pourrait être durablement garanti (III).

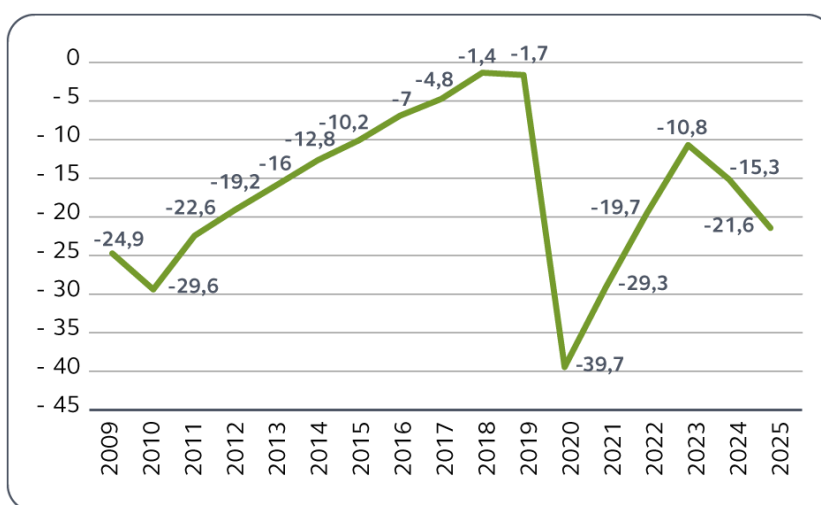
A - Un déficit qui a doublé en deux ans

Le déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (ROBSS) et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est aggravé par rapport à 2024. Son montant est toutefois resté légèrement inférieur aux dernières prévisions, en raison notamment des efforts entrepris pour respecter l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

1 - Un déficit qui se creuse en 2025, mais un peu moins que prévu

Le déficit des ROBSS et du FSV s'est dégradé en 2025 de 6,3 Md€ par rapport à 2024, pour atteindre 21,6 Md€. Il a doublé en deux ans et se situe désormais, hors années exceptionnelles covid, au niveau le plus élevé depuis 2012.

Graphique n° 1 : évolution du déficit agrégé des ROBSS et du FSV (2009-2025, en Md€)



Source : Cour des comptes d'après les comptes 2022 à 2025 des régimes de sécurité sociale et les tableaux d'équilibre approuvés par les lois de financement pour les années antérieures

La dégradation en 2025 tient à une divergence croissante entre la dynamique des dépenses (+3,6 %) et celle des recettes (+2,6 %), qui n'a pas été compensée par les mesures prises en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2025. L'écart s'est accru par rapport à 2024 (1 point contre 0,7).

Conjoncturellement, la composition de la croissance a pesé sur les recettes sociales, en lien avec le ralentissement de la masse salariale (+ 1,8 % après +3,3 % en 2024) et l'atonie de la consommation des ménages : hors mesures nouvelles, la croissance spontanée des recettes (1,6 %) a été inférieure à celle du produit intérieur brut (PIB) en valeur (2,1 %).

Le creusement du déficit tient aussi à l'insuffisance de mesures structurelles visant à atténuer la progression des dépenses, l'essentiel de l'effort portant sur les recettes (6,7 Md€ de mesures nouvelles¹, soit 1,1 point de croissance des recettes). Dans le champ particulier de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)², la cible d'économies (4,3 Md€) était inférieure au montant des dépenses nouvelles (5,2 Md€).

En exécution, le déficit 2025 a été inférieur de 0,5 Md€ à la prévision de la LFSS pour 2025 - et même de 1,4 Md€ par rapport à la prévision rectifiée de la LFSS pour 2026. Cet écart s'explique par des charges inférieures de 0,4 Md€ et des produits supérieurs de 0,1 Md€ à ce qui était prévu.

Les soldes par branches ont une signification relative, du fait de l'importance des transferts et des règles d'affectation des recettes entre les branches. Cette réserve étant posée, ils se dégradent tous par rapport à 2024, sauf celui de la branche famille. Trois branches sont désormais déficitaires : maladie (- 15,9 Md€), vieillesse (- 7,1 Md€) et accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP, - 0,2 Md€), branche qui connaît son premier déficit depuis 2013.

¹ Les principales mesures portent sur une hausse des cotisations de la CNRACL, un reprofilage du barème des allègements généraux de cotisations sociales pour en réduire le coût, l'intégration de la prime de partage de la valeur dans l'assiette des réductions générales dégressives de cotisations sociales et la hausse du prélèvement social sur les attributions gratuites d'actions.

² Pour plus de développements sur l'ONDAM, voir le chapitre II du présent rapport « Un ONDAM tenu en 2025 mais une trajectoire qui reste à infléchir » et le chapitre III « L'ONDAM, un outil de régulation des dépenses de santé nécessaire et à renforcer ».

Tableau n° 1 : soldes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (en Md€)

	Réalisé 2025	LFSS 2025	Écart à la prévision	Réalisé 2024	Écart 2025/24
Maladie	- 15,9	- 15,4	- 0,5	- 13,8	- 2,1
AT-MP	- 0,2	0,2	- 0,4	0,7	- 0,9
Vieillesse	- 7,1	- 7,5	0,4	- 5,6	- 1,5
Famille	1,2	0,4	0,8	1,1	0,1
Autonomie	0,1	- 0,7	0,8	1,3	- 1,2
Total ROBSS	- 22,0	- 23,0	1	- 16,4	- 5,6
FSV	0,4	0,9	- 0,5	1,1	- 0,7
Vieillesse + FSV	- 6,7	- 6,6	- 0,1	- 4,5	- 2,2
Total ROBSS + FSV	- 21,6	- 22,1	- 0,5	- 15,3	- 6,3

Source : Cour des comptes d'après la LFSS pour 2025 et les comptes définitifs 2024 et 2025

Le déficit de la branche maladie se dégrade de 2,1 Md€ par rapport à 2024. Les recettes de la branche sont relativement dynamiques (3,1 % contre 2,8 % pour l'ensemble des recettes des ROBSS) mais les dépenses croissent à un rythme plus rapide (+ 3,8 %), ce qui creuse le déficit.

Pour la branche AT-MP, deux raisons expliquent le basculement dans le déficit : la forte progression des prestations légales (+ 5,7 %), résultant essentiellement de celle des indemnités journalières, et l'augmentation de 0,4 Md€ du transfert vers l'assurance maladie au titre de la sous-déclaration des AT-MP³. L'excédent avait déjà été fortement réduit en 2024, en lien avec la réforme des retraites de 2023, qui avait transféré 0,12 point de cotisations patronales à la branche vieillesse.

Le creusement de 1,5 Md€ du déficit de la branche vieillesse entre 2024 et 2025 résulte de celui du régime général, porté par la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV). Ce dernier augmente de 3 Md€, à 6,6 Md€, porté par une hausse de 4,0 % des prestations. En revanche, la fermeture des régimes spéciaux, prévue par la réforme des retraites, n'a pas eu d'effet sur les soldes de la CNAV. Elle s'est traduite par un surcroît de charges de 5,6 Md€ mais a été compensée par une dotation de l'État de 5 Md€ et des transferts de 0,6 Md€ provenant d'autres régimes.

³ En application de l'article L.171-1 du code de la sécurité sociale, un versement de la branche AT-MP à la branche maladie compense chaque année les dépenses supportées par cette dernière pour des sinistres ou des pathologies d'origine professionnelle non déclarés comme tels. Ce versement est passé de 1,2 Md€ en 2024 à 1,6 Md€ en 2025.

Inversement, le solde de la caisse nationale de retraites des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers (CNRACL) s'est amélioré après sept années consécutives de détérioration, passant d'un déficit de 3 Md€ en 2024 à 2,3 Md€ en 2025 grâce à la hausse de 3 points du taux de cotisation employeur au 1^{er} janvier 2025. La soutenabilité à moyen terme du régime reste menacée par la dégradation du rapport cotisants / pensionnés (passé de 1,5 en 2022 à 1,3 en 2025, avec une projection inférieure à 1 après 2035) et par le découplage entre des pensions indexées sur les prix et des assiettes de cotisation atones (faible progression de l'indice moyen et gel du point de la fonction publique).

L'excédent de la branche famille (1,2 Md€), le cinquième consécutif depuis 2021, est supérieur à la fois à celui de 2024 et à la prévision de la LFSS 2025. Il est principalement lié à la baisse de la natalité.

La branche autonomie reste légèrement excédentaire (0,1 Md€)⁴, avec un solde qui excède les prévisions de la LFSS.

2 - Des recettes peu dynamiques en dépit d'importantes mesures nouvelles

En 2025, la croissance des recettes sociales a été de 2,6 %, moins élevée qu'en 2024 et 2023 (respectivement 4,6 % et 4,8 %), en lien avec le reflux de l'inflation observé la même année.

⁴ Depuis 2024, elle bénéficie de la réaffectation de 0,15 point de CSG, antérieurement affecté à la CADES, pour compenser la progression rapide de ses charges.

Tableau n° 2 : produits nets par nature de recette (en Md€)

	Réalisé 2025	LFSS 2025	Écart à la prévision		Réalisé 2024	Écart 2025 / 2024	
Produits	644,4	644,3	0,1	0,0 %	627,8	16,6	2,6 %
Cotisations sociales, contributions sociales et impôts nets	612,70	615,7	- 2,9	- 0,5 %	597,8	14,9	2,5 %
<i>dont cotisations sociales nettes</i>	<i>312,5</i>	<i>313,9</i>	<i>- 1,4</i>	<i>- 0,4 %</i>	<i>303,1</i>	<i>9,4</i>	<i>3,1 %</i>
<i>dont CSG brute</i>	<i>131,0</i>	<i>130,9</i>	<i>0,1</i>	<i>0,1 %</i>	<i>128,2</i>	<i>2,8</i>	<i>2,2 %</i>
<i>dont TVA nette</i>	<i>49,6</i>	<i>50,6</i>	<i>- 1,0</i>	<i>- 2,0 %</i>	<i>49,4</i>	<i>0,2</i>	<i>0,3 %</i>
<i>dont taxe sur les salaires</i>	<i>17,8</i>	<i>17,8</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0 %</i>	<i>17,4</i>	<i>0,4</i>	<i>2,0 %</i>
<i>dont forfait social</i>	<i>6,6</i>	<i>6,8</i>	<i>- 0,2</i>	<i>- 3,4 %</i>	<i>6,3</i>	<i>0,3</i>	<i>4,3 %</i>
<i>dont taxes tabac</i>	<i>13,0</i>	<i>13,1</i>	<i>- 0,1</i>	<i>- 0,8 %</i>	<i>13,1</i>	<i>- 0,1</i>	<i>- 0,8 %</i>
<i>dont taxes alcools et boissons non-alcoolisées</i>	<i>4,4</i>	<i>4,4</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0 %</i>	<i>4,1</i>	<i>0,3</i>	<i>7,3 %</i>
Autres produits	31,70	28,60	3,0	0,5 %	30,0	1,7	5,7 %

Source : Cour des comptes d'après la LFSS pour 2025 et les comptes définitifs 2024 et 2025

La composition de la croissance économique, portée par le commerce extérieur, a été défavorable aux recettes sociales. Concernant les cotisations sociales et une grande part de la contribution sociale généralisée (CSG)⁵, la croissance de la masse salariale privée n'a atteint que 1,8 %. Les recettes de la taxe à la valeur ajoutée (TVA) ont quasiment stagné, en raison notamment d'une consommation des ménages atone (+ 0,4% en volume). En conséquence, la croissance spontanée des recettes sociales hors mesures nouvelles, qui est liée à l'évolution des assiettes économiques des prélèvements, a été limitée à 1,6 %, contre 2,1 % pour le PIB en valeur.

Les recettes nouvelles affectées à la sécurité sociale ont compensé cette faiblesse. Elles ont augmenté de 6,7 Md€ les recettes sociales et représentent une contribution à la hausse des recettes sociales de 1,1 point (sur 2,6).

⁵ Les deux-tiers de la valeur de la CSG reposent sur les revenus d'activité, comme pour les cotisations sociales.

Par ailleurs, la prévision établie en LFSS a, une nouvelle fois, surestimé le niveau des principales recettes sociales.

Les cotisations sociales nettes des charges liées au non-recouvrement ont été inférieures aux prévisions pour la deuxième année consécutive, avec une moins-value par rapport à la LFSS de 1,4 Md€. En effet, la progression de la masse salariale privée a été nettement plus faible que la prévision initiale de la LFSS (+2,3 %). La dynamique des allègements généraux et des exonérations ciblées non compensées, plus forte que prévu, a également pesé sur le niveau des recettes de cotisations sociales.

Les recettes de TVA affectées à la sécurité sociale ont enregistré une moins-value de 1 Md€ par rapport à la prévision de la LFSS, presque deux fois plus importante qu'en 2024 (0,6 Md€). Outre la faiblesse de la consommation des ménages, le rythme de la désinflation a été sous-estimé : le taux d'inflation moyen, prévu à 1,3 % dans la LFSS, a été de 0,9 %.

Enfin, le rendement de la taxe sur le tabac a été inférieur de 0,1 Md€ à la prévision, poursuivant une baisse de rendement déjà constatée en 2023 et en 2024.

Au total, par rapport à la loi de financement, la moins-value sur ces recettes a atteint 2,5 Md€ en 2025. Elle a toutefois été compensée par un montant plus élevé que prévu des recettes atténuatives (remises et clause de sauvegarde versées par l'industrie pharmaceutique) ainsi que des produits financiers, le niveau des produits étant quasiment identique à celui voté en LFSS.

Les recettes se répartissent entre les différentes branches comme suit :

Tableau n° 3 : produits nets par branches (en Md€)

	Réalisé 2025	LFSS 2025	Écart à la prévision		Réalisé 2024	Écart 2025 / 2024	
Maladie	246,7	246,4	0,3	0,1%	239,2	7,5	3,1 %
AT-MP	17,2	17,1	0,1	0,6%	16,9	0,3	1,8 %
Vieillesse	297,0	296,6	0,4	0,1%	288,2	8,8	3,1 %
Famille	59,7	59,9	- 0,2	- 0,3%	58,9	0,8	1,4 %
Autonomie	41,9	41,9	0	0,0%	41,2	0,7	1,7 %
Total ROBSS	643,7	643,0	0,7	0,1%	626,4	17,3	2,8 %
FSV	21,8	22,1	- 0,3	- 1,4%	21,6	0,2	0,9 %
ROBSS + FSV	644,4	644,3	0,1	0,0%	627,8	16,6	2,6 %

Note : les cinq lignes des branches, qui comprennent des transferts entre branches, ne doivent pas être additionnées (ce qui conduirait à des doubles comptes). La comparaison de ce tableau avec le suivant relatif aux charges permet de retrouver les soldes présentés dans le tableau n° 1.

Source : Cour des comptes d'après la LFSS pour 2025 et les comptes définitifs 2024 et 2025

3 - Des dépenses conformes aux prévisions mais qui restent dynamiques

Les charges nettes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (ROBSS) et du FSV s'élèvent à 666,0 Md€ en 2025, en augmentation de 3,6 % par rapport à 2024.

L'inflation a nettement reflué en 2024 (1,8 %) et en 2025 (0,9 %) par rapport à 2023 (4,9 %). En conséquence, la progression des prestations indexées, revalorisées avec un an de décalage, a nettement ralenti. Les évolutions sont contrastées entre les branches.

Tableau n° 4 : charges nettes par branches (en Md€)

	Réalisé 2025	LFSS 2025	Écart à la prévision		Réalisé 2024	Écart 2025 / 2024	
Maladie	262,6	261,8	0,8	0,3 %	253,0	9,6	3,8 %
AT-MP	17,4	17,0	0,4	2,4 %	16,3	1,1	6,7 %
Vieillesse	304,1	304,1	0	0,0 %	293,8	10,3	3,5 %
Famille	58,5	59,5	- 1,0	- 1,7 %	57,8	0,7	1,2 %
Autonomie	41,8	42,6	- 0,8	- 1,9 %	39,9	1,9	4,8 %
Total ROBSS	665,7	666,1	- 0,4	- 0,1 %	642,8	22,9	3,6 %
FSV	21,4	21,1	0,3	1,4 %	20,5	0,9	4,4 %
ROBSS + FSV	666,0	666,4	- 0,4	0,0 %	643,1	22,9	3,6 %

Même note que pour le tableau n° 3 sur la non-addition des lignes.

Source : Cour des comptes d'après la LFSS 2025 et les comptes définitifs 2024 et 2025

*a) Maladie et accidents du travail-maladies professionnelles :
des dépenses encore dynamiques, notamment
pour les soins de ville*

Les charges nettes de la branche maladie s'élèvent à 262,6 Md€ en 2025 (+ 3,8 % par rapport à 2024) et celles de la branche AT-MP à 17,4 Md€ (+ 6,7 %).

Tableau n° 5 : prestations versées par la branche maladie (en Md€)

	2025	2024	Écart	
Prestations en ville	111,4	106,9	4,5	4,2 %
Prestations en établissements	111,6	107,6	4,0	3,7 %
Prestations maternité et paternité	8,7	7,9	0,8	9,8 %
Prestations invalidité et décès	10,0	9,5	0,4	4,5 %
Prestations extra-légales (prévention, soin des Français à l'étranger, etc.)	1,3	1,5	- 0,3	- 16,4 %
Total	242,9	233,5	9,4	4,0 %

Source : comptes de la branche maladie

En 2025, 88,5 % des charges nettes de la branche maladie étaient comprises dans l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (ONDAM), 39,7 % pour celles de la branche AT-MP⁶. Les prestations sous ONDAM des branches maladie et AT-MP ont respectivement augmenté de 3,6 % et 7,8 % en 2025 (chiffres provisoires).

Pris dans sa globalité, l'ONDAM pour 2025⁷ a été sous-exécuté de 0,5 Md€ par rapport à la cible fixée en LFSS pour 2025, pour s'établir à 265,4 Md€. Le respect de la cible a nécessité des mesures complémentaires prises en cours d'année, à la suite de l'alerte déclenchée par le comité d'alerte dans son avis du 18 juin 2025.

Parmi les prestations légales de la branche maladie qui ne relèvent pas de l'ONDAM, les pensions d'invalidité (9,2 Md€ en 2025) ont moins progressé qu'en 2024 mais sont restées dynamiques (+ 4,8 % après 6,1 % en 2024), sous l'effet d'une revalorisation de 1,7 % au 1^{er} avril 2025 (+1,3 % sur l'année 2025), d'une augmentation du nombre de bénéficiaires et d'une hausse du montant moyen annuel des pensions, liée au fait que les pensions versées aux nouveaux bénéficiaires sont fondées sur des salaires plus élevés.

Les indemnités journalières maternité et paternité ont augmenté de 2,6 % pour s'établir à 4 Md€. Leur hausse est contenue par la décade de la natalité (- 2,1 %) et le ralentissement du salaire moyen par rapport à 2024 (+ 1,8 % après + 2,9 %).

Premier poste de dépense hors ONDAM de la branche AT-MP, les rentes pour incapacité permanente ont atteint 5,8 Md€ en 2025 (+2,2 %). L'incidence de leur revalorisation (1,7 %) et de la hausse des montants moyens a été atténuée par la baisse du nombre de bénéficiaires (- 0,5 %).

Les actions de prévention financées par la branche AT-MP progressent de 29,5 % pour s'établir à 0,37 M€. Cette hausse est liée à la montée en charge du compte professionnel de formation et du fonds d'investissement pour la prévention de l'usure⁸. Les transferts à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des AT-MP ont crû de 0,4 Md€ pour s'établir à 1,6 Md€.

⁶ Pour l'assurance maladie, le champ de l'ONDAM ne couvre ni les prestations en espèces maternité et invalidité, ni les dépenses relatives aux soins en France d'assurés de régimes étrangers que l'assurance maladie se fait rembourser par les autres États. Pour la branche AT-MP, il ne retrace que les indemnités journalières maladie ou compensant une incapacité temporaire, mais pas les rentes versées en cas d'incapacité permanente ni les dispositifs destinés aux travailleurs ou aux victimes de l'amiante.

⁷ Pour une analyse détaillée de l'ONDAM en 2025, voir chapitre II du présent rapport, « Un ONDAM tenu en 2025 mais une trajectoire qui reste à infléchir ».

⁸ Voir le chapitre X du présent rapport, « Le compte professionnel de prévention de l'usure professionnelle : une nécessaire remise à plat ».

Tableau n° 6 : prestations versées par la branche AT-MP (en Md€)

	2025	2024	Écart	
Prestations d'incapacité temporaire	6,9	6,4	0,5	7,9 %
<i>dont indemnités journalières</i>	5,7	5,2	0,5	10,0 %
Prestations d'incapacité permanente (rentes et indemnités en capital)	6,0	5,8	0,1	2,1 %
Prestations extra-légales (prévention, etc.)	0,6	0,5	0,1	18,5 %
Total	13,5	12,8	0,7	5,7 %

Source : comptes de la branche AT-MP

b) Autonomie : des charges tirées vers le haut par le financement des établissements accueillant des personnes âgées

Les charges de la branche autonomie ont augmenté de 4,8 % par rapport à 2024, pour atteindre 41,8 Md€, dont 41,0 Md€ de prestations.

Tableau n° 7 : prestations versées par la branche autonomie (en Md€)

	2025	2024	Écart	
Établissements et services pour personnes âgées et pour personnes en situation de handicap	32,9	31,3	1,6	5,2 %
Concours aux départements	5,3	5,4	- 0,1	- 1,9 %
Autres concours, transferts et subventions	1,1	1,4	- 0,3	- 20,2 %
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé	1,6	1,6	0,1	3,3 %
Total	41,0	39,7	1,3	3,3 %

Source : comptes de la branche autonomie

Les dépenses couvertes par l'ONDAM en représentent 78,7 %. Elles correspondent principalement aux dotations aux établissements et services médico-sociaux, qui progressent de 5,2 %⁹ et financent les établissements et services d'accueil des personnes âgées en perte d'autonomie (17,4 Md€) et des personnes handicapées (15,6 Md€).

⁹ L'ONDAM concerne aussi la branche autonomie à travers son 5^{ème} sous-objectif (investissements au bénéfice des établissements sociaux et médico-sociaux), qui ne représente qu'une part marginale de ses charges.

La hausse de ces dépenses est plus soutenue en 2025 qu'en 2024 dans les établissements pour personnes âgées (7,6 % contre 5 %) en raison notamment de la fusion des sections « soins » et « dépendance » des établissements et services médico-sociaux pour 23 départements expérimentateurs et du soutien exceptionnel à des établissements et services médico-sociaux en difficulté¹⁰. Les charges liées aux établissements pour personnes handicapées progressent moins rapidement qu'en 2024 (2,9 % contre 3,7 %).

S'agissant des charges hors ONDAM, les prestations d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ont ralenti (3,3 % après 8,2 % en 2024), pour s'établir à 1,6 Md€, la forte hausse de ces dernières années étant liée à une reconnaissance plus étendue du handicap. Les concours financiers aux départements, regroupant notamment le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de la prestation de compensation du handicap (PCH) et des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), ont diminué de 1,9 %, pour s'établir à 5,3 Md€. La LFSS pour 2025 a conduit à une simplification de ces concours¹¹, d'un surcoût estimé à 0,2 Md€. Dans le même temps, les concours aux départements ont été réduits à hauteur de 0,3 Md€ au titre de la mesure de fusion des sections « soins » et « dépendance ». Enfin, les subventions diverses accordées par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ont baissé de 0,3 Md€¹².

c) Une hausse des dépenses de retraite tempérée par le ralentissement de l'inflation et les effets de la réforme de 2023

Les charges des régimes obligatoires de base vieillesse et du FSV ont atteint 325,5 Md€ en 2025, en hausse de 3,6 % (contre 6,8 % en 2024). Les pensions nettes versées par les régimes de base se sont élevées à 298 Md€.

Au 1^{er} janvier 2025, les retraites de base et les *minima* de pension ont été revalorisés de 2,2 %, soit moins qu'en 2024 (+ 5,3 %) en raison du ralentissement de l'inflation. Par ailleurs, le nombre de retraités augmente avec l'allongement de l'espérance de vie et le remplacement des classes

¹⁰ Cf. chapitre II du présent rapport, « Un ONDAM tenu en 2025 mais une trajectoire qui reste à infléchir ».

¹¹ Cette refonte remplace l'ensemble des financements par deux concours globaux : un pour les personnes âgées (PA) et l'autre pour les personnes en situation de handicap (PH).

¹² La CNSA verse notamment des subventions aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) pour le compte de l'État, et des subventions à la modernisation de l'aide à domicile, destinées à financer les programmes afférents pilotés par les départements.

creuses nées dans l'entre-deux guerres par les générations issues du « baby-boom ». Enfin, la pension moyenne est plus élevée, les nouveaux retraités ayant de meilleures pensions que celles des retraités plus anciens, sous l'effet de carrières plus favorables.

Les effets financiers de la réforme des retraites de 2023 se sont amplifiés en 2025. Pour le régime général et le régime agricole des salariés, les gains nets sont estimés en 2025 à 0,8 Md€, soit 3,3 Md€ d'économies compensées par 2,5 Md€ de mesures d'accompagnement (revalorisations des petites pensions¹³ et mesures facilitant les transitions emploi-retraite).

Le tableau ci-dessous décrit la progression de ces prestations en distinguant entre droits propres et dérivés (pensions de réversion) pour le régime général.

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

	2025			2024			Écart 2025 /2024	Écart (%)
	Droits propres	Droits dérivés	Total	Droits propres	Droits dérivés	Total		
<i>Pensions</i>	143,1	13,3	156,4	137,3	13	150,3	6,1	4,1 %
<i>Minimum vieillesse</i>	4,1	0,15	4,2	3,8	0,15	4,0	0,25	6,2 %
<i>Majorations</i>	5,9	0,8	6,7	5,8	0,8	6,6	0,1	1,5 %
Total	153,1	14,2	167,4	147,0	13,9	160,9	6,5	4,0 %

Source : comptes de la branche vieillesse du régime général

d) Des prestations familiales contenues par la chute de la natalité

Les charges nettes de la branche famille s'établissent à 58,5 Md€ en 2025, en hausse de 1,2 % par rapport à 2024 (+ 3,8 % en 2024). Les prestations sont de 41,3 Md€.

¹³ Cf. chapitre IX du présent rapport, « Les petites pensions de retraite : des revalorisations ciblées, mal maîtrisées ».

Tableau n° 9 : prestations versées par la branche famille (en Md€)

	2025	2024	Écart 2025/2024	
<i>Allocations en faveur de la famille</i>	22,2	21,8	0,4	1,8 %
<i>Allocations pour la petite enfance</i>	11,5	11,8	- 0,3	- 2,7 %
<i>Autres prestations légales</i>	0,51	0,21	0,3	146,1 %
<i>Total prestations légales</i>	34,2	33,8	0,4	1,1 %
<i>Prestations extra-légales</i>	7,2	7,0	0,1	1,9 %
<i>Total prestations branche famille</i>	41,3	40,8	0,5	1,3 %

Source : comptes de la branche famille

L'effet de la revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales (2,4 % en moyenne annuelle, contre 3,9 % en 2024) a été contrebalancé par la baisse de la natalité. Selon l'INSEE, le nombre de naissances en France a été de 645 000 en 2025, en baisse de 2,1 % par rapport à 2024 et de 21 % depuis 2014. La population des enfants de 0 à 3 ans a reculé de 4 % entre 2024 et 2025.

En conséquence, le montant des prestations d'accueil du jeune enfant a baissé de 0,5 %, après avoir crû de 0,6 % en 2024. Les effets de diffusion de la baisse de la natalité sur les prestations autres que celles liées à la petite enfance restent toutefois encore limités : les allocations familiales, qui pèsent pour 41 % des prestations légales et sont servies jusqu'à ce que les jeunes atteignent 20 ans, ont augmenté de 1 %.

La LFSS pour 2025 prévoyait une montée en charge de la réforme du complément du libre choix de mode de garde (CMG)¹⁴, à compter de septembre 2025. Décidée par la LFSS 2023, cette réforme vise à aligner le coût horaire des modes d'accueil individuels sur celui des crèches ainsi qu'à étendre le droit au CMG jusqu'aux 12 ans de l'enfant pour les familles monoparentales, pour un surcoût de 0,3 Md€. Néanmoins, cette montée en charge a été plus lente que prévu, et les dépenses afférentes à cette prestation se sont élevées à 7,4 Md€, en deçà de 0,2 Md€ par rapport aux prévisions.

Les prestations extra-légales ont augmenté de 1,9 % en 2025 (7,6 % en 2024). L'effort d'investissement dans le service public de la petite enfance a été poursuivi¹⁵ mais les crédits du fonds national d'action sociale (FNAS), dont les deux tiers sont consacrés à la petite enfance, ont été sous-consommés à hauteur de 0,4 Md€.

¹⁴ Le CMG finance une partie des dépenses d'accueil chez une assistante maternelle, une assistante parentale ou en structure (micro-crèches notamment).

¹⁵ En particulier à travers le relèvement du « bonus territoire » des conventions territoriales globales passées entre les caisses d'allocations familiales et les collectivités locales ou des organismes privés pour développer l'offre d'accueil pour les enfants. Les dépenses afférentes ont représenté 1,2 Md€, en hausse de 18 %.

B - Une construction fragile de la LFSS 2026

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 prévoit une réduction du déficit qui rompt avec la dégradation des deux dernières années. Le déficit des régimes obligatoires de base atteindrait 19,4 Md€.

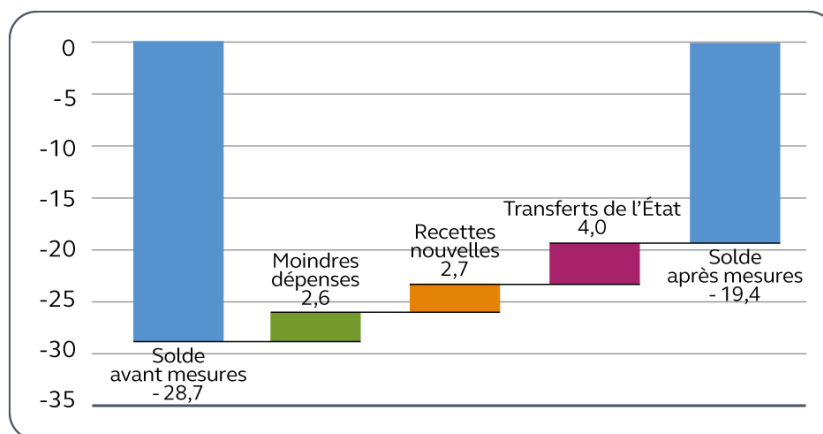
Dans la continuité de 2025, l'équilibre de la loi de financement repose davantage sur des recettes nouvelles et des transferts de l'État à la sécurité sociale que sur des économies structurelles en dépense. Par ailleurs, et de façon opportune, des mesures de trésorerie visent à réduire le besoin de financement de l'ACOSS en 2026, et donc la pression sur le financement des comptes sociaux pour cet exercice.

La prévision de déficit reste entourée d'incertitudes. Celles portant sur l'évolution de la situation économique sont examinées dans la partie III.

1 - Un ajustement principalement en recettes

Partant d'un déficit tendanciel estimé à 28,7 Md€, le montant des mesures inscrites en LFSS 2026 s'élève à 9,3 Md€, dont 6,7 Md€ de recettes nouvelles et 2,6 Md€ d'économies nettes en dépenses.

Graphique n° 2 : impact des mesures de la LFSS 2026 sur le solde des ROBSS (en Md€)



Source : LFSS 2026, calculs Cour des comptes

L'équilibre de la loi de financement a été substantiellement modifié au cours de la discussion parlementaire. Le PLFSS, selon la lettre rectificative transmise au Parlement le 23 octobre 2025, comportait 80 % d'économies en dépenses, part ramenée à 30 % dans le texte voté¹⁶.

a) Une augmentation des prélèvements sociaux

Les mesures nouvelles en recettes dans la LFSS s'élèvent à 2,7 Md€¹⁷. La principale mesure est le relèvement du taux de CSG de 9,2 % à 10,6 % pour une partie des produits d'épargne financière, avec un rendement attendu de 1,5 Md€ dans la LFSS 2026, réestimé ensuite à 1,2 Md€. Une contribution sur les organismes complémentaires a été introduite, d'un montant de 1 Md€.

La LFSS pour 2026 n'a quasiment pas modifié le périmètre des niches sociales, alors que la Cour avait identifié des pistes pour en réduire le coût¹⁸. Elle a augmenté de 30 % à 40 % les taux de taxation des indemnités de mise à la retraite et de rupture conventionnelle (+ 240 M€) mais elle a étendu aux entreprises de plus de 250 salariés la déduction forfaitaire de cotisations sociales sur les heures supplémentaires (- 150 M€).

b) Des mesures d'économie limitées

La LFSS comporte un volant d'économies réduit par rapport à ce qui avait été envisagé en PLFSS¹⁹ (2,6 Md€ contre 9,1 Md€), et peu de mesures susceptibles d'infléchir de manière durable la dynamique des dépenses.

Pour l'ONDAM, les économies nettes des mesures positives s'élèvent à 2 Md€ dans la LFSS. Elles reposent sur des mesures classiques de baisse de prix et de bon usage des produits de santé, ainsi que d'amélioration de l'efficacité des établissements et sur une hausse du forfait hospitalier (cf. chapitre II).

¹⁶ Cour des comptes, *La situation financière de la sécurité sociale*, novembre 2025.

¹⁷ À ce montant s'ajoute l'effet des mesures nouvelles décidées auparavant qui s'appliquent en 2026 (1,8 Md€), notamment la hausse de 3 points des taux de cotisation de la CNRACL (*rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale*, octobre 2025).

¹⁸ Cour des comptes, « Les niches sociales des compléments de salaire : un nécessaire rapprochement du droit commun », *rapport d'application sur les lois de financement de la sécurité sociale 2024*.

¹⁹ La Cour avait souligné dans sa note sur les finances sociales d'octobre 2025 que les économies proposées en PLFSS étaient fragiles, car concentrées sur un petit nombre de mesures à fort rendement et peu consensuelles (augmentation des franchises et participations forfaitaires, transferts de charge aux organismes complémentaires).

Dans la branche famille, les économies sont issues du report de 14 à 18 ans de la majoration pour âge des allocations familiales à compter de mars 2026 (0,2 Md€)²⁰ et d'une réduction du montant des dépenses d'action sociale (0,4 Md€). Dans un contexte de baisse de la natalité, ces mesures sont destinées à financer des actions en faveur de la politique familiale : congé supplémentaire de naissance, montée en charge du service public de la petite enfance et du complément de libre choix de mode de garde.

Pour la branche retraite, la LFSS a suspendu la réforme des retraites de 2023, pour un coût de 0,2 Md€ dès 2026, ce qui réduit les économies attendues de cette réforme. Elle a modifié les règles du cumul emploi-retraite, conformément aux recommandations de la Cour²¹, ce qui doit permettre d'importantes économies à terme²².

c) Une hausse des transferts de l'État vers la sécurité sociale

Il était envisagé dans le PLFSS de transférer à l'État le bénéfice du reprofilage des allègements généraux mis en œuvre en 2025 (1,6 Md€) et prévus en 2026 (1,5 Md€), ce que la Cour avait critiqué. Dans le texte voté, la réforme prévue pour 2026 a été abandonnée et le bénéfice de la réforme 2025 a été laissé à la sécurité sociale.

De surcroît, des transferts ont été ajoutés de l'État vers la sécurité sociale à hauteur de 4 Md€ en 2026. Le Gouvernement a accepté de compenser, pour 2,6 Md€, des exonérations spécifiques qui ne l'étaient pas auparavant, comme celles sur les heures supplémentaires, mise en œuvre en 2019. Par ailleurs, la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale a augmenté de 1,4 Md€. Ceci correspond pour partie à une augmentation de la compensation des exonérations de cotisations sociales. Par ailleurs, le Gouvernement avait prévu d'assujettir les indemnités journalières des patients atteints d'une affection de longue durée à l'impôt sur le revenu, et d'en affecter le produit à la sécurité sociale par un transfert de TVA (à hauteur de 0,7 Md€) : la mesure a été rejetée dans la loi de finances mais le transfert a été conservé.

La Cour a critiqué la non-compensation intégrale par l'État d'exonérations spécifiques de cotisations sociales, dont le principe avait été posé dans la loi Veil de 1994. Elle a estimé le montant mis à la charge

²⁰ Décret n° 2026-138 du 27 février 2026.

²¹ « Le cumul emploi-retraite : un coût élevé, une cohérence à établir », *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2025*, chapitre VII.

²² Pas d'économies en 2026 mais 0,4 Md€ en 2027 et 1,9 Md€ en 2030 sur le périmètre des ROBSS selon l'annexe n° 9 au PLFSS.

de la sécurité sociale à 5,5 Md€ en 2024²³. Les mesures prises en 2026 permettent un rééquilibrage partiel de cette situation mais n'ont pas de caractère structurel.

d) Une prévision qui n'intègre pas des surcoûts déjà certains, mais qui inclut des économies en partie peu assurées

Indépendamment des aléas économiques actuels (cf. *infra*), le déficit devrait être en 2026 supérieur à celui prévu en loi de financement : la construction de la LFSS n'inclut pas des mesures d'ores et déjà décidées et des risques identifiés.

Le coût de la création du congé supplémentaire de naissance n'a pas été pris en compte dans l'objectif de dépenses de la branche famille. Il est estimé en année pleine à 300 M€, dont 150 à 300 M€ en 2026 : le droit est ouvert à partir du 1^{er} juillet 2026 pour les naissances depuis le 1^{er} janvier mais il n'est pas certain que l'ensemble des familles décident d'y recourir.

Par ailleurs, comme décrit *supra*, le rendement de la CSG sur le capital a été réestimé (- 0,3 Md€) et il a été décidé postérieurement au vote de la LFSS d'abaisser la contribution tarifaire d'acheminement²⁴, ce qui dégrade de façon certaine le solde de la branche vieillesse de 0,5 Md€.

Concernant les économies prévues au titre de l'ONDAM, le comité d'alerte a estimé qu'un montant de 0,25 Md€ était à risque, dans son avis du 20 avril 2026, les perspectives d'exécution de l'ONDAM 2026 ne justifiant pas pour l'instant la notification d'un risque sérieux de dépassement, comme en 2025.

Avant même toute révision des hypothèses économiques, le risque identifié en exécution est ainsi de l'ordre de 1,2 Md€.

2 - Un répit temporaire sur la trésorerie

Deux mesures vont soulager, de façon ponctuelle en 2026, le besoin de financement de l'ACOSS. Elles ne résolvent pas pour autant les problèmes de financement à terme de la sécurité sociale.

²³ Cour des comptes, « Maîtriser la dynamique des allègements généraux de cotisations sociales, contribuer à l'équilibre financier de la sécurité sociale » *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2025*, Chapitre III.

²⁴ Contribution assise sur les prestations de transport et de distribution d'électricité et de gaz naturel, affectée au régime de base des industries électriques et gazières.

*a) En LFSS 2026, un plafond d'endettement voté à un niveau élevé
et des mesures qui allègent la trésorerie*

En 2024, la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) a achevé son opération de reprise de la dette sociale, conformément à la loi du 7 août 2020. Depuis 2024, l'ACOSS porte en trésorerie le déficit cumulé de la sécurité sociale, qui vient principalement du régime général mais aussi de la CNRACL pour 11,7 Md€ en 2026. Pour y faire face, l'ACOSS emprunte sur les marchés financiers. Le plafond de ressources non-permanentes auxquelles elle peut avoir recours atteint 83 Md€ en 2026 et se rapproche du niveau atteint lors de la crise sanitaire avant la reprise de dette (95 Md€).

La LFSS 2026 intègre donc deux mesures exceptionnelles pour alléger le besoin de trésorerie de l'ACOSS.

En premier lieu, la CADES ayant dégagé des marges d'amortissement de la dette sociale d'ici 2033, une nouvelle reprise de dette a été votée à hauteur de 15 Md€ en 2026²⁵. Elle s'impute sur la couverture d'une partie du déficit de la branche maladie du régime général de 2024 (9,1 Md€) et des déficits accumulés de la branche vieillesse du régime général entre 2021 et 2024 (5,9 Md€).

En second lieu, la LFSS a modifié les modalités de versement à la sécurité sociale par les laboratoires pharmaceutiques des produits des remises conventionnelles, ce qui augmentera exceptionnellement les recettes du régime général en 2026 : jusque-là, ce versement intervenait en fin d'année, au titre de l'année précédente ; à compter de 2026, des acomptes seront versés sur les remises dues au titre de l'année en cours. La sécurité sociale bénéficiera ainsi d'un double versement en 2026, avec un effet favorable sur la trésorerie de 9 Md€.

En conséquence, le niveau d'endettement brut de l'ACOSS est estimé à 68 Md€ à fin 2026, en augmentation de 9 Md€ par rapport à son niveau à fin 2025. Il resterait inférieur au plafond de 83 Md€ mais les pics de besoins de trésorerie en cours d'année pourraient atteindre jusqu'à 80 Md€.

Enfin, la dette de l'État envers la sécurité sociale au titre du remboursement des prestations et des prises en charge des exonérations de cotisations²⁶ atteint 1,8 Md€ en trésorerie fin 2025, en hausse de 1,1 Md€. La perpétuation de cette situation pèserait sur le besoin de trésorerie de l'ACOSS.

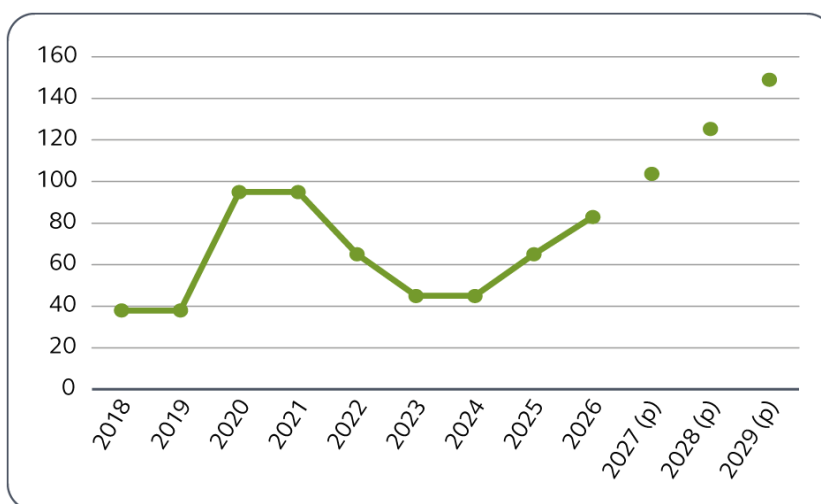
²⁵ Article 48 de la LFSS pour 2026 et décret du 30 mars 2026 relatifs au transfert à la CADES des déficits du régime général à effectuer en 2026.

²⁶ Prestations de l'aide médicale d'État, aides au logement, prises en charge d'exonérations de cotisations ciblées ou décidées pendant la crise sanitaire, etc.

b) Le financement de la sécurité sociale sans solution durable à moyen terme.

Le répit sur le besoin de financement n'est cependant que temporaire, les mesures décidées en 2026 n'étant pas reconductibles. En l'absence de mesures nouvelles et dans un contexte de déficits persistants, l'ACOSS devra porter un montant croissant de dette sociale.

Graphique n° 3 : évolution passée puis prévue du plafond d'emprunt de l'ACOSS d'après le déficit prévu en LFSS 2026 (en Md€)



Source : LFSS de 2020 à 2026, projection Cour des comptes entre 2027 et 2029 à partir du déficit à politique constante prévu en annexe de la LFSS 2026, sans mesures correctives supplémentaires

L'ACOSS a pour mission d'être le gestionnaire de la trésorerie de la sécurité sociale – de financer les décalages entre les encaissements de ressources et les décaissements de prestations - et elle n'est habilitée par la loi qu'à émettre des titres de court terme. Elle n'a pas vocation à financer des déficits de nature plus pérenne. Si une telle situation devait perdurer, elle serait exposée à un risque de plus en plus important de ne pas être en mesure de lever les ressources permettant d'assurer le financement de la sécurité sociale sur les marchés de capitaux.

Pour réduire ce risque, la LFSS 2025 a accordé la possibilité à l'ACOSS d'émettre des titres d'une maturité pouvant aller jusqu'à deux ans à condition que la durée moyenne de la totalité des titres émis reste inférieure à un an. Cela devrait lui permettre de diversifier ses instruments de financement et de sécuriser une partie de son financement sur une durée plus longue. Son objectif est d'émettre 15 Md€ de titres d'une maturité

comprise entre 12 et 24 mois d'ici la fin 2026. Cette faculté réduit le risque de financement mais elle ne constitue pas une solution durable à la gestion de la dette sociale.

*
**

Le redressement des comptes de la LFSS pour 2026 est fragile. Il est d'ores et déjà affecté d'un risque d'exécution de plus d'1 Md€. Par ailleurs, les comptes sociaux présentent une forte vulnérabilité aux chocs macro-économiques, dans un contexte de forte incertitude géopolitique, et la question du financement de la sécurité sociale à moyen terme reste posée.

C - L'impératif de retrouver des marges de manœuvre face aux incertitudes économiques

Depuis fin février 2026, l'économie mondiale fait face à de fortes incertitudes géopolitiques, un renchérissement des prix de l'énergie et un regain d'inflation par voie de conséquence. Le déclenchement du conflit au Moyen-Orient a provoqué une envolée des prix du pétrole et du gaz, tandis que les échanges internationaux sont perturbés par le blocage du détroit d'Ormuz par où transite une part importante du commerce mondial, dans une région critique pour la production d'hydrocarbures. Quelle que soit l'issue du conflit, celui-ci aura des conséquences économiques en France, et la trajectoire des comptes sociaux prévue en LFSS s'en trouvera affectée dès 2026.

Or les comptes de la sécurité sociale ont déjà subi les répercussions de la crise sanitaire en 2020, puis du choc inflationniste consécutif à la guerre en Ukraine entre 2022 et 2024. Les marges d'absorption des effets de la crise actuelle sont limitées, compte tenu du niveau déjà élevé du déficit et de la dette sociale. Il est donc impératif de définir sans tarder les modalités du redressement des comptes de la sécurité sociale et du financement pérenne de sa dette.

1 - Une trajectoire percutée par l'impact du conflit au Moyen Orient

L'impact économique de la crise dépendra de sa durée. Face à l'incertitude, les instituts de prévisions ont réalisé deux types de scénarios. Selon le premier, le conflit serait résolu rapidement, les prix du pétrole et du gaz reflueraient au second semestre 2026. La hausse de l'inflation serait temporaire et le ralentissement de l'activité modéré.

Dans le second scénario, la crise s'aggraverait, le ressaut de l'inflation serait plus marqué et persistant, entraînant une réaction de la politique monétaire et une hausse des taux préjudiciable à l'investissement. Dans un tel scénario, des comportements attentistes ou de précaution en matière de consommation, d'emploi et d'investissement accentueraient le ralentissement de l'activité.

En avril, dans son rapport annuel d'avancement transmis à la Commission Européenne, le Gouvernement a révisé ses hypothèses économiques pour 2026. Il s'est fondé sur le premier scénario d'une décrue rapide des prix des hydrocarbures à partir de la mi-2026²⁷, scénario que les dernières données macro-économiques fragilisent. Par rapport au scénario d'octobre 2025 sous-jacent à la LFSS 2026, il a revu marginalement la croissance à la baisse (à 0,9 %) et l'inflation significativement à la hausse (à 1,9 %). La masse salariale progresse moins qu'anticipé à l'automne, avec une baisse de l'emploi plus prononcée et des salaires moins dynamiques²⁸. Le scénario intègre une hausse du SMIC de 2,3 % en juillet 2026, en lien avec le ressaut de l'inflation.

À partir de ces hypothèses, une analyse des risques portant sur la trajectoire des comptes sociaux peut être réalisée²⁹. Il s'agit d'ordres de grandeur à vocation illustrative. Le Gouvernement n'ayant pas détaillé ses hypothèses économiques entre 2027 et 2029 et se bornant à fournir une trajectoire de croissance et d'inflation, il n'a été possible de documenter pour l'année 2027 que l'impact mécanique attendu de la révision des hypothèses en 2026.

²⁷ Le Gouvernement évoque un deuxième scénario défavorable, avec une croissance ramenée à 0,1 % en 2026, et une inflation à 4,7 %, sans donner de détails.

²⁸ La progression des salaires a été moins dynamique qu'anticipé au quatrième trimestre 2025.

²⁹ La synthèse du rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale donne l'effet théorique d'une variation d'un point de la masse salariale ou de l'inflation sur les cotisations et les prestations.

**Tableau n° 10 : révision des hypothèses économiques pour 2026
(en %)**

	LFSS 2026	Rapport d'avancement annuel avril 2026
Produit intérieur brut	1,0 %	0,9 %
Prix à la consommation	1,3 %	1,9 %
Masse salariale	2,3 %	1,9 %
<i>dont emploi</i>	- 0,1 %	- 0,3 %
<i>dont salaire moyen par tête</i>	2,4 %	2,2 %

Source : LFSS 2026 et rapport d'avancement annuel sur le plan structurel de moyen terme (PSMT) d'avril 2026

Trois effets peuvent être décrits. Tout d'abord, le moindre dynamisme de la masse salariale se traduit par des cotisations sociales réduites à hauteur de 1 Md€ en 2026 et en 2027 dans le scénario retenu. Ensuite, l'augmentation du SMIC aura un fort impact sur les allègements de charges, comme cela a été constaté dans la période de ressaut d'inflation en 2022-23. L'effet a été estimé à 2 Md€ en 2026, repris en base en 2027³⁰. S'ajoute enfin l'effet décalé du surcroît d'inflation constaté en 2026 sur la revalorisation des prestations sociales, à hauteur de 1,7 Md€ en 2027. Au total, le risque sur le déficit de la sécurité sociale serait de l'ordre de 3 Md€ en 2026 et de 5 Md€ en 2027.

Le Gouvernement a annoncé le 21 avril 2026, lors de la réunion du comité d'alerte des finances publiques, 2 Md€ de mesures de redressement sur la sécurité sociale, dont le contenu n'est pour l'instant pas arbitré. La solution de facilité qui consisterait à annuler les mises en réserve de l'ONDAM doit être écartée, les mises en réserve devant être conservées pour la tenue de l'ONDAM 2026. Le gain pourrait être obtenu par un reprofilage du barème des allègements généraux à hauteur de 2 Md€ en 2026, comme la Cour l'a recommandé³¹. Ces mesures de redressement, à condition d'être mises en œuvre rapidement, devraient permettre de limiter le dérapage de

³⁰ La fusion de l'ensemble des dispositifs en 2026 dans la réduction générale dégressive unique va modifier la sensibilité des allègements généraux à une hausse du SMIC, ce qui va nécessiter de nouvelles analyses. La Cour s'est appuyée sur les travaux disponibles (cf. « Dynamique récente des allègements généraux de cotisations sociales » du rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale de mai 2024), qui avaient estimé à 4 l'élasticité de la réduction générale dégressive (hors bandeaux famille et maladie) à une hausse du SMIC sur la période récente.

³¹ Cour des comptes, « Maîtriser la dynamique des allègements généraux de cotisations sociales, contribuer à l'équilibre financier de la sécurité sociale », rapport d'application sur les lois de financement de la sécurité sociale 2025, chapitre III.

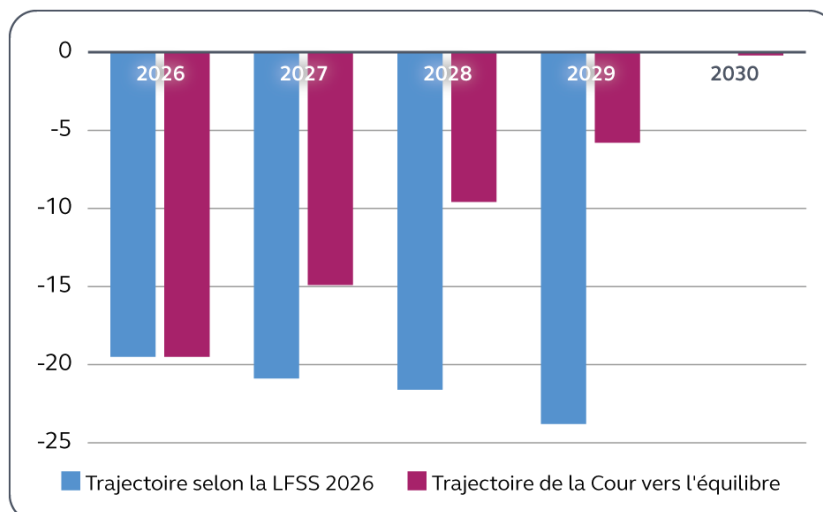
l'exécution en 2026. Toutefois, elles seront insuffisantes, à elles seules, pour contrecarrer les effets du choc en 2027.

Cette dégradation survient dans un contexte où le déficit de la sécurité sociale est annoncé dans les perspectives pluriannuelles de la LFSS pour 2026, à politique constante, à un niveau durablement élevé à partir de 2027, à plus de 20 Md€. Comme l'ont montré les effets de la guerre en Ukraine entre 2022 et 2024, les comptes sociaux sont vulnérables aux chocs macroéconomiques, notamment inflationnistes, qui affectent à la fois les recettes et les prestations sociales. Dans ce contexte, il est urgent de retrouver des marges de manœuvre.

2 - Dès 2027, sécuriser la trajectoire des comptes sociaux et leur financement à moyen terme

Le redressement des comptes sociaux doit être une priorité dans les années à venir afin de renforcer la résilience face aux chocs économiques et de garantir le financement de la sécurité sociale à moyen terme. Ceci nécessite des efforts continus pour inverser les dynamiques des dépenses et des recettes pendant les années d'ajustement.

Graphique n° 4 : perspectives pluriannuelles de déficit dans la LFSS 2026 et trajectoire de retour à l'équilibre en 2030



Note : en 2030, le solde est ramené à zéro selon la trajectoire recommandée par la Cour. La trajectoire selon la LFSS 2026 s'arrête en 2029.

Source : LFSS 2026, calculs Cour des comptes

*a) Programmer sans tarder le retour à l'équilibre
des comptes de la sécurité sociale*

Le rapport annexé à la LFSS 2026 présente une trajectoire pluriannuelle aboutissant à un déficit de 23,7 Md€ en 2029. Cette trajectoire inclut un effort d'économies de l'ordre de 4 Md€ par an, dans la continuité de ceux réalisés ces dernières années pour financer des mesures nouvelles et éviter une augmentation trop rapide du déficit.

En complément, le rapport affirme que « *d'ici 2029, des efforts supplémentaires conséquents seront à mettre en œuvre pour revenir à l'équilibre* ». Il estime l'effort pour y parvenir à 8 Md€ par an pendant trois ans, en sus des économies précitées déjà incluses dans la trajectoire pluriannuelle de la LFSS. Il n'évoque cependant aucune piste, en recette comme en dépense, permettant de documenter et de crédibiliser un tel engagement.

La Cour estime possible de tendre vers l'équilibre en quatre ans, à l'horizon de 2030. L'effort serait donc de l'ordre de 6 Md€ par an, en sus des 4 Md€ par an déjà inscrits dans la trajectoire pluriannuelle de la LFSS 2026. Il n'est pas hors de portée, au regard de ceux réalisés dans les années 2010. Il peut s'envisager en trois composantes.

La première serait une inflexion durable de la progression des dépenses d'assurance maladie, avec une cible d'ONDAM plus volontariste que celle des années récentes, qui serait comprise entre 2 % et 2,5 % par an et permettrait de dégager 1,5 à 2 Md€ d'économies supplémentaires chaque année. Elle supposerait des actions à plusieurs niveaux³² : une inflexion de la trajectoire des soins de ville grâce à l'amélioration des prescriptions et l'amplification des actions de prévention ; s'agissant des rémunérations des professionnels de santé, la lutte contre les rentes injustifiées³³ et l'instauration d'une réserve de précaution³⁴ ; la mobilisation des marges d'efficience dans les établissements hospitaliers

³² Cour des comptes, *L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) - Maîtriser sa progression en veillant à la qualité des soins*, avril 2025.

³³ Cf. par exemple dans ce rapport, « Les soins dentaires : des réformes aux effets incertains, un pilotage à renforcer », chapitre VI et « Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie : une dépense à réguler plus efficacement, des acteurs à davantage responsabiliser », chapitre VII.

³⁴ Cf. dans ce rapport, « L'ONDAM, un outil de régulation des dépenses de santé nécessaire et à renforcer », chapitre III.

permettant le rétablissement simultané de leur situation financière³⁵ ; des transferts de charge permettant de stabiliser les parts respectives de l'assurance maladie et des autres financeurs du système³⁶.

La deuxième composante vise les recettes sociales. Des marges peuvent être mobilisées en matière de réduction des niches sociales, notamment en vue de compléter l'assiette des prélèvements sociaux de revenus jusqu'alors exemptés et d'éviter les phénomènes de substitution entre les revenus salariaux et d'autres formes de revenus moins taxés³⁷. Il convient en outre de poursuivre le reprofilage des allègements généraux pour optimiser leur efficacité et pour produire des économies. Enfin la neutralité des relations entre l'État et la sécurité sociale devrait être recherchée en compensant intégralement les allègements et les exonérations de cotisations sociales. Ces apports de recettes supplémentaires devraient aller en priorité au comblement du déficit de l'assurance maladie, qui résulte pour partie de l'absence de financement des mesures pérennes du Ségur de la santé mis en œuvre à partir de 2020, à hauteur de 12 Md€.

La troisième composante concerne la situation spécifique des régimes de retraite : les paramètres de l'équation financière sont connus et ont été rappelés dans la « note flash » de la Cour de février 2025³⁸. Les modalités d'ajustement relèvent de choix politiques et sociaux qu'il n'appartient pas à la Cour de trancher, mais elle souligne l'importance, dans les circonstances actuelles, de ne pas laisser s'installer durablement le déficit de ces régimes.

La définition de la trajectoire pluriannuelle gagnerait à être complétée de règles de pilotage explicites pendant la phase d'ajustement, affirmant une priorité haute à la réduction du déficit. L'ensemble des mesures envisagées sur la période de programmation devrait être défini précisément, les mesures positives comme les économies, de manière à disposer non plus seulement d'une prévision pluriannuelle à politique constante, mais aussi d'objectifs pluriannuels et des moyens de les atteindre (cf. chapitre III sur l'ONDAM précité). Pendant la phase

³⁵ Cf. dans ce rapport, « Les hospitalisations inadéquates : des parcours de soin à réorganiser, des économies importantes à mobiliser », chapitre VIII.

³⁶ Cf. dans ce rapport, « Les franchises et participations forfaitaires de l'assurance maladie : des optimisations nécessaires, des transformations envisageables », chapitre V.

³⁷ Cour des comptes, « Les niches sociales des compléments de salaire : un nécessaire rapprochement du droit commun », *rapport d'application sur les lois de financement de la sécurité sociale 2024*, chapitre IV.

³⁸ Cour des comptes, *Situation financière et perspectives du système de retraites*, communication au Premier ministre, février 2025.

d'ajustement, toute mesure ne figurant pas dans la trajectoire devrait être financée en loi de financement annuelle. Enfin, une autre règle serait d'affecter les surplus conjoncturels éventuels de recettes à la réduction du déficit³⁹.

b) Sous réserve d'une trajectoire de redressement, organiser un nouveau transfert de dette sociale vers la CADES

La définition et la documentation explicite d'une trajectoire de retour à l'équilibre des comptes sociaux ouvriraient la voie à un nouveau transfert de dette sociale vers la CADES.

Fin 2026, la CADES aura repris 151 Md€ de dette sociale : 136 Md€ au titre de la loi organique de 2020 organisant la reprise des déficits du régime général et de certains régimes avant 2019 et entre 2020 et 2023, puis 15 Md€ en 2026. Cette dette sera entièrement remboursée en 2033, conformément à l'horizon fixé dans la loi organique de 2020.

La CADES est dotée de ressources⁴⁰ qui lui permettent d'amortir un montant de dette de l'ordre de 16 Md€ par an. Elle aura les capacités financières pour reprendre la dette sociale qui va s'accumuler d'ici 2030. L'ordre de grandeur de la dette à transférer serait un peu inférieur à 100 Md€⁴¹ sous l'hypothèse cruciale d'un retour vers l'équilibre à l'horizon de 2030. Le transfert vers la CADES nécessiterait une loi organique fixant le nouvel horizon, de l'ordre de dix ans au-delà de 2033, pour le remboursement de la dette sociale, en maintenant sur cette période les prélèvements qui lui sont affectés.

³⁹ Cf. Haut conseil du financement de la protection sociale, *Note sur l'état des lieux du financement de la protection sociale*, janvier 2026.

⁴⁰ La contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), une fraction de la CSG et un versement en provenance du fonds de réserve pour les retraites.

⁴¹ Soit 10 Md€ pour le déficit résiduel des branches maladies et vieillesse du régime général entre 2020 et 2024, auquel s'ajoutent 8 Md€ correspondant à la situation nette de la CNRACL fin 2024, et un montant de 70 à 80 Md€ couvrant le déficit accumulé entre 2025 et 2030.

CONCLUSION

Le déficit des comptes sociaux contrevient au principe d'équilibre de la sécurité sociale, qui vise à ne pas faire financer les dépenses sociales par l'endettement. Il s'est creusé depuis deux ans pour atteindre en 2025 un niveau inégalé depuis 2012 (hors années Covid). Les mesures votées en LFSS 2026 permettent de le réduire de façon limitée mais elles comportent peu d'économies, incluent des mesures nouvelles non financées et comportent des risques d'exécution. Le choc d'inflation provoqué par la situation au Moyen-Orient devrait en outre provoquer une dégradation du déficit en 2026 et en 2027.

À ce niveau de déficit, la sécurité sociale ne dispose pas de marges de manœuvre pour absorber des chocs économiques futurs, rendus plus probables par l'instabilité géopolitique. L'accumulation de déficits expose l'ACOSS à des risques croissants dans le financement à court terme de la dette sociale sur les marchés des capitaux. Par ailleurs, le vieillissement de la population conduit à une pression continue sur les dépenses sociales et met en risque la soutenabilité du système à moyen terme.

Il est donc indispensable d'engager dès à présent une réduction du déficit de la sécurité sociale visant à ramener le solde à l'équilibre en 2030. Cet objectif peut être atteint à condition de reposer sur un pilotage crédible et rigoureux, fixant des objectifs précis et bannissant toute mesure nouvelle non financée. Il exige d'infléchir la progression des dépenses d'assurance maladie et d'équilibrer les systèmes de retraite. En complément, des recettes nouvelles pourront résulter de la suppression de niches sociales et du meilleur ciblage des allègements généraux, en privilégiant les actions qui ne dégradent ni l'emploi ni la compétitivité française.

Sous cette condition de retour vers l'équilibre, il serait envisageable d'étendre la durée d'amortissement de la dette sociale en transférant à la CADES les déficits qui s'accumuleront jusqu'en 2030.

Chapitre I Bis

Avis de la Cour sur la cohérence

des tableaux d'équilibre et du tableau

de situation patrimoniale de la sécurité

sociale pour 2025

PRÉSENTATION

En application des dispositions de l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour formule des avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau de situation patrimoniale relatifs au dernier exercice clos, en l'espèce l'exercice 2025. Ces avis sont transmis au Parlement dans le cadre du présent rapport, publié conjointement au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (LACSS) de l'exercice 2025, qui doit être déposé avant le 1^{er} juin 2026.

Les tableaux d'équilibre, pour l'exercice 2025, correspondent à des comptes de résultat combinés⁴² couvrant, respectivement, l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement ; cette dernière catégorie comprend un seul organisme, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

En 2025, le déficit agrégé de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV a atteint 21,6 Md€, contre 15,3 Md€ en 2024.

Le tableau de situation patrimoniale 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).

Les fonds propres retracés par le tableau de situation patrimoniale (- 99,75 Md€ au 31 décembre 2025) et l'endettement financier net de la sécurité sociale (124,5 Md€ fin 2025) se sont détériorés respectivement de 6,3 Md€ et de 3,5 Md€ par rapport à 2024.

Malgré les observations portant sur leur réalisation, 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 de situation patrimoniale) des entités comprises dans leurs champs respectifs.

⁴² La combinaison désigne la consolidation des comptes d'entités sans lien en capital entre elles, mais entretenant des relations suffisamment étroites pour justifier que soient établis des comptes communs dans lesquels sont éliminées leurs opérations réciproques.

A - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre pour l'exercice 2025

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

Pour l'application de ces dispositions, sont soumis à l'approbation du Parlement, deux tableaux d'équilibre distincts relatifs au dernier exercice clos : le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale mentionnés dans l'annexe n° 1 du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2026 ; le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes précités, cette dernière catégorie comprenant un seul organisme, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV)⁴³.

Le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base regroupe les données du régime général et celles de trente-et-un régimes spéciaux, dont le détail est récapitulé en annexe au présent chapitre.

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

Les « recettes » et les « dépenses » ne correspondent pas à des recettes encaissées ni à des dépenses décaissées⁴⁴, mais à des produits et à des charges d'une comptabilité générale établie en droits constatés⁴⁵, auxquels certains retraitements sont apportés ; de même, le « solde » correspond en réalité à un résultat de comptabilité générale, et non à un solde de trésorerie.

⁴³ Depuis 2016, conformément à une recommandation de la Cour, l'article 1er de la loi de financement de la sécurité sociale intègre une rubrique relative au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) au sein du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

⁴⁴ Comme c'est le cas, par exemple, dans la comptabilité budgétaire de l'État.

⁴⁵ Depuis 1996, les organismes de sécurité sociale doivent tenir leur comptabilité en droits constatés.

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

1 - Les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2025

Les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2025 présentés ci-après figureront dans le projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2025 prochainement soumis à l'approbation du Parlement.

En 2025, selon les tableaux d'équilibre établis par la DSS au 15 avril 2026, les régimes obligatoires de base de sécurité sociale ont enregistré un déficit de 22,0 Md€, contre un déficit de 16,4 Md€ en 2024⁴⁶, tandis que le FSV présente un excédent de 0,4 Md€ en 2025 contre 1,1 Md€ en 2024.

Au total, l'ensemble constitué par les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et le FSV affiche un déficit de 21,6 Md€, contre un déficit de 15,3 Md€ en 2024.

⁴⁶ Selon les données du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2024, déposé le 23 mai 2025 et non adopté par le Parlement.

Tableau n° 11 : tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale au titre de 2025 (en Md€)

	Recettes	Dépenses	Soldes
Maladie	246,7	262,6	- 15,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	17,2	17,4	- 0,2
Vieillesse	297,0	304,1	- 7,1
Famille	59,7	58,5	1,2
Autonomie	41,9	41,8	0,1
Toutes branches en net (*) (Hors transferts entre branches).	643,7	665,7	- 22,0
Toutes branches en net (*) (Hors transferts entre branches, y compris Fonds de solidarité vieillesse).	644,4	666,0	- 21,6

(*) Le total « toutes branches » est retraité par la neutralisation des transferts entre branches.
Source : DSS47.

Tableau n° 12 : tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (en Md€)

	Produits	Charges	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	21,8	21,4	0,4

Source : DSS

2 - Avis de la Cour

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

⁴⁷ Les montants totaux de produits et de charges ne correspondent pas à la somme des produits et des charges, compte tenu de l'élimination des produits et charges réciproques liés à des transferts entre branches ou avec le FSV. Ainsi les charges nettes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse s'élèvent à 666,0 Md€, les produits nets à 644,4 Md€. D'autre part, les soldes ne correspondent pas systématiquement à la différence des montants, en raison de l'application des règles d'arrondis.

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

En outre, l'appréciation de la Cour tient compte des opinions exprimées sur les comptes des régimes de sécurité sociale et du FSV par leurs auditeurs externes (Cour des comptes pour les branches et l'activité de recouvrement du régime général, commissaires aux comptes pour la plupart des autres régimes et pour le FSV⁴⁸).

En application de l'article LO. 111-4-6 du code de la sécurité sociale, auquel renvoie l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour a procédé à des vérifications sur les tableaux d'équilibre de l'exercice 2025 établis par la direction de la sécurité sociale (DSS), qui seront soumis à l'approbation du Parlement dans le projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité et sociale pour l'année 2025.

À l'issue de ces vérifications, limitées par les délais contraints d'examen des comptes (cf. C- 3 *infra*) et sur le fondement des éléments d'information qui lui ont été communiqués par la DSS, la Cour estime que les tableaux d'équilibre précités fournissent une représentation cohérente des recettes, des dépenses et du solde qui en découle au regard des comptes arrêtés par les entités relevant de leur périmètre respectif. Elle formule néanmoins les observations suivantes :

1. des faiblesses persistantes des dispositifs de contrôle interne et des difficultés comptables continuent à affecter la fiabilité des comptes retracés dans les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2025, comme le soulignent le rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2025 et les rapports d'opinion des commissaires aux comptes de la Mutualité sociale agricole (MSA), du FSV et de l'établissement national des invalides de la marine (ENIM) pour ce même exercice (cf. C- 1 *infra*) ;

2. les tableaux d'équilibre sont établis en procédant à des contractions de produits et de charges non conformes au cadre fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale pour l'établissement des comptes annuels (cf. C- 2 *infra*).

⁴⁸ Sur cette question, voir C- 1 *infra*.

3 - Motivations détaillées de l'avis de la Cour

a) La fiabilité des données comptables intégrées aux tableaux d'équilibre

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

Depuis 2022, la Cour a d'abord refusé⁴⁹ puis a été dans l'impossibilité⁵⁰ de certifier les comptes de la branche famille du régime général, au regard de la dégradation des résultats de ses indicateurs ainsi que de l'absence d'évolution de son dispositif de contrôle interne. La branche a bénéficié, à compter de mars 2025, de la généralisation du dispositif relatif aux ressources mensuelles (DRM) permettant de sécuriser les données renseignées dans les déclarations pour les allocataires de la prime d'activité et du revenu de solidarité active. Les études menées par la branche sur l'effet du DRM sur les comptes 2025 ont permis de constater une diminution du risque lié aux données afférentes aux ressources avant contrôle interne, conduisant la Cour à certifier, sous réserve des insuffisances d'éléments probants, les comptes de la branche famille.

Dans ses opinions sur les comptes des autres branches du régime général de sécurité sociale et de l'activité de recouvrement, la Cour a constaté des anomalies comptables de moindre importance, ainsi que des insuffisances d'éléments probants à l'appui des montants comptabilisés, dues à l'insuffisante capacité des dispositifs de contrôle interne à prévenir ou à détecter les erreurs d'attribution et de calcul des prestations sociales ; elle a certifié avec réserves les comptes de ces branches et activité*.

⁴⁹ Exercice 2022.

⁵⁰ Exercices 2023 et 2024.

La certification des comptes

À l'exception de régimes de petite taille auxquels s'attachent des enjeux financiers limités, les comptes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale⁵¹ ainsi que ceux du FSV relèvent, selon les cas :

- d'une certification par la Cour (régime général de sécurité sociale, régime des pensions civiles et militaires de l'État, régimes de retraite de l'Assemblée nationale et du Sénat) ;
- d'une certification par un ou plusieurs commissaires aux comptes (15 régimes et le FSV) ;
- d'un audit « contractuel » - non conforme aux dispositions applicables qui prévoient un audit « légal » - effectué par les commissaires aux comptes de l'organisme auquel la gestion de ces régimes a été déléguée⁵².

⁵¹ Mentionnés dans la liste figurant en annexe 1 au PLFSS pour 2026.

⁵² Régimes gérés par la Caisse des dépôts et consignations, à l'exception de la CNRACL, ainsi que le régime de retraite de la Banque de France.

**Tableau n° 13 : synthèse des opinions exprimées par les auditeurs
externes sur les états financiers de l'exercice 2025 des régimes
obligatoires de base et du FSV**

	Branches du régime général	Autres régimes⁵³	En % des charges brutes 2025
<i>Certification sans réserve*</i>	-	CNIEG, CROpéra, régime spécial de sécurité sociale des personnels de la BDF, CRPCEN, CRP RATP, CNRACL CAVIMAC, CNAVPL, CPRPF, CANSSM, FATIACL, FSPOEIE, RATOCEM, Rentes AT (Mairie de Paris, AP-HP de Paris), RISP, Chemin de Fer Outre-Mer, Chemin de Fer franco-éthiopien, CNMSS, CNBF, Préfecture du Haut-Rhin, CRPCF (Comédie Française), SEITA	8
<i>Certification avec réserve(s)</i>	Les branches maladie, AT-MP, vieillesse, famille et autonomie du régime général, et l'activité de recouvrement	ENIM, MSA, FSV	83
	Régimes sans personnalité morale distincte **	Régime des pensions des agents de l'État Régimes de retraite de l'Assemblée nationale et du Sénat	9

*Ou absence d'anomalie significative relevée dans le cadre d'un rapport d'examen limité (cf. encadré supra).

**Régimes certifiés dans un cadre plus global par la Cour des comptes

Note : Il est précisé que la Cour certifie avec réserve les comptes de l'État qui comprennent le régime des pensions des agents de l'État. (Cf. Cour des comptes, Certification des comptes de l'État pour 2025, avril 2026).

Source : Cour des comptes – Au 6 mai 2026

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

⁵³ Les sigles sont développés en annexe.

*b) Des modalités d'élaboration des tableaux d'équilibre
non conformes au cadre normatif en vigueur*

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

Or, le montant des recettes et celui des dépenses sont chacun le résultat d'une contraction de produits et de charges, qui conduisent à intégrer aux tableaux d'équilibre :

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

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

De ce fait, elles minorent les montants des produits et des charges par rapport à ceux retracés dans les comptes des régimes de sécurité sociale et du FSV (à hauteur de 21,1 Md€ pour l'ensemble des régimes, dont 20,7 Md€ pour l'ensemble des régimes de base et 0,4 Md€ pour le FSV).

c) Un calendrier encore extrêmement contraint

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

Les dates d'établissement des annexes aux comptes des organismes de sécurité sociale⁵⁴ ont été modifiées et avancées afin de faciliter l'instruction de la Cour. Toutefois, les dates relatives à la production des comptes provisoires et définitifs de certification des comptes des organismes de sécurité sociale sont restées inchangées. Le délai d'examen des comptes par la Cour a, en conséquence, été sensiblement réduit.

B - Avis de la Cour sur la cohérence du tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2025

En application de l'article LO. 111-3-13 du code de la sécurité sociale, est soumis à l'approbation du Parlement un rapport figurant en annexe du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale, qui retrace la situation patrimoniale, au 31 décembre 2025, des régimes obligatoires de base dont le bilan est supérieur à 30 M€⁵⁵ et des organismes concourant à leur financement (FSV), à l'amortissement de leur dette (CADES) ou à la mise en réserve de recettes à leur profit (Fonds de réserve pour les retraites - FRR) et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents et la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation des tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos.

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

Établi par la DSS, ce tableau a pour objet d'assurer l'information du Parlement sur la situation patrimoniale de la sécurité sociale et de ses principales composantes.

À cette fin, il combine l'ensemble des bilans des régimes et organismes compris dans son périmètre, après neutralisation de leurs actifs et passifs réciproques.

⁵⁴ Arrêté du 2 février 2024 modifiant le calendrier d'établissement et de transmission des comptes annuels des organismes de sécurité sociale qui avance la date de production des annexes provisoires (entre le 8 et le 22 mars contre le 31 mars auparavant) ainsi que celle des annexes définitives (et états financiers) au 5 avril (contre le 15 avril auparavant).

⁵⁵ Seuil défini conjointement avec la DSS en deçà duquel une entité peut ne pas être intégrée sans remettre en cause la représentation cohérente du tableau de situation patrimoniale des régimes obligatoires de base.

1 - Le tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2025

Le périmètre du tableau de situation patrimoniale est moins étendu que celui de la LFSS : certains régimes n'y sont pas intégrés, soit en l'absence de bilan, soit parce que le montant total de leur bilan est inférieur à 30 M€ et qu'ils ne sont pas autorisés à recourir à l'emprunt. Certains régimes de retraite, en particulier de l'Assemblée nationale⁵⁶ et du Sénat ne sont pas compris dans son champ, même si le montant de leur bilan dépasse 30 M€. Les états financiers des régimes de retraite de l'Assemblée nationale et du Sénat pour la préparation du tableau de situation patrimoniale n'ont pas été transmis. En conséquence, il n'est pas possible d'évaluer le poids financier qu'ils auraient eu s'ils avaient été intégrés à ce tableau.

Le tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2025 présenté ci-après figurera dans le rapport mentionné dans l'annexe au PLACSS pour 2025⁵⁷ soumis à l'approbation du Parlement.

Le tableau de situation patrimoniale présente une dégradation des fonds propres de la sécurité sociale entre le 31 décembre 2025 et le 31 décembre 2024 plus importante (- 6,3 Md€) qu'entre le 31 décembre 2024 et le 31 décembre 2023 (- 1,2 Md€).

⁵⁶ Caisses de retraites des députés et du personnel de l'Assemblée nationale.

⁵⁷ Annexe prévue au 2°) de l'article LO. 111-4-4 du code de la sécurité sociale.

**Tableau n° 14 : tableau de situation patrimoniale
au 31 décembre 2025 (en Md€)**

ACTIF (en Md€)	2025	2024	PASSIF (en Md€)	2025	2024
IMMOBILISATIONS	7,5	7,4	FONDS PROPRES	- 99,7	- 93,4
Immobilisations non financières	5,7	5,6	Dotations	20,7	22,0
Régime général	4,8	4,7	Régime général	7,8	8,9
Autres régimes	0,9	0,9	Autres régimes	9,9	10,0
			CADES	0,2	0,2
			FRR	2,9	2,9
Prêts, dépôts de garantie et autres	1,0	1,1	Réserves	20,5	21,8
Régime général	0,8	0,8	Régime général	4,9	3,8
Autres régimes	0,2	0,2	Autres régimes	1,1	3,4
FRR	0,0	0,0	FRR	14,4	14,7
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale	0,7	0,7	Report à nouveau	- 138,9	- 140,8
Régime général	0,7	0,7	Régime général	- 2,7	11,6
Autres régimes	0,0	0,0	Autres régimes	1,9	1,7
FSV	0,0	0,0	FSV	0,0	0,0
CADES	0,0	0,0	CADES	- 138,1	- 154,1
			Résultat de l'exercice	- 4,4	1,9
			Régime général	- 21,4	- 14,4
			Autres régimes	- 0,6	- 2,0
			FSV	0,4	1,1
			CADES	16,2	16,0
			FRR	1,0	1,2
			Écart d'estimation (réévaluation des actifs du FRR en valeur de marché)	2,4	1,7
			PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES	18,4	18,2
ACTIF FINANCIER	70,7	76,0	PASSIF FINANCIER	195,2	197,0
Valeurs mobilières et titres de placement	52,5	59,4	Dettes représentées par un titre (obligations, ECP, billets de trésorerie)	187,1	186,5

ACTIF (en Md€)	2025	2024	PASSIF (en Md€)	2025	2024
Régime général	14,0	21,3	Régime général	57,5	39,3
Autres régimes	18,6	18,2	CADES	129,6	147,2
CADES	0,0	0,0	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	6,6	6,8
FRR	19,9	19,9	Régime général (y compris prêts CDC)	6,6	5,9
Encours bancaire	15,4	16,3	Autres régimes (y compris prêts CDC)	0,0	0,1
Régime général	5,0	5,7	FSV	0,0	0,0
Autres régimes	4,4	4,0	CADES	0,0	0,8
FSV	0,0	0,0	FRR	0,0	0,0
CADES	5,4	6,1	Dépôts reçus	0,0	0,0
FRR	0,6	0,5	Régime général	0,0	0,0
Créances nettes au titre des instruments financiers	2,8	0,3	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,0	0,2
CADES	2,6	0,3	Autres passifs financiers	1,5	3,4
FRR	0,3	0,0	Autres régimes	1,4	1,8
			CADES	0	1,6
ACTIF CIRCULANT	117,5	115,1	PASSIF CIRCULANT	81,8	76,8
Créances de prestations	11,2	10,3	Dettes à l'égard des bénéficiaires	41,0	39,1
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	8,5	9,2	Dettes à l'égard des cotisants	5,3	5,0
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et autres impositions	72,3	67,8			
Créances sur entités publiques et organismes de sécurité sociale	20,0	18,5	Dettes à l'égard de l'État, autres entités publiques et organismes de sécurité sociale	20,8	20,7
Produits à recevoir de l'État	0,7	0,7			
Autres actifs	4,9	8,6	Autres passifs	14,8	12,1
TOTAL DE L'ACTIF	195,7	198,5	TOTAL DU PASSIF	195,7	198,5

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

Source : DSS

Par analogie avec la présentation du compte général de l'État, le montant des fonds propres (- 99,7 Md€ au 31 décembre 2025, contre - 93,4 Md€ fin 2024) pourrait être assimilé à la situation nette consolidée des entités entrant dans le champ des LFSS.

En 2025, les fonds propres se sont dégradés de 6,3 Md€ (au titre des exercices précédents, ils s'étaient dégradés de 1,2 Md€ en 2024 et améliorés de 7,0 Md€ en 2023) sous l'effet d'une double évolution.

En premier lieu, le résultat net d'ensemble est négatif de 4,4 Md€, en dégradation de 6,3 Md€ par rapport à 2024, sous l'effet notamment de la hausse du déficit global du régime général (passant de - 14,4 Md€ en 2024 à - 21,4 Md€ en 2025).

En deuxième lieu, le report à nouveau s'est amélioré de 1,9 Md€ (- 140,8 Md€ fin 2024 contre - 138,9 Md€ en 2025), essentiellement du fait de la CADES. Le report à nouveau du régime général devient, quant à lui, négatif en 2025 s'établissant à - 2,7 Md€ contre 11,6 Md€ en 2024.

L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre passif⁵⁸ et actif financiers⁵⁹, a atteint 124,5 Md€ au 31 décembre 2025. Il enregistre à nouveau une augmentation (+ 3,5 Md€), après celle de 2024 (+ 7,5 Md€). L'augmentation constatée en 2025 recouvre notamment :

- une diminution de l'endettement financier net de la CADES (- 21,6 Md€), qui s'établit à 121,7 Md€ au 31 décembre 2025, ses passifs financiers ayant diminué de 20,0 Md€ dans le contexte d'amélioration de sa situation nette⁶⁰, tandis que ses actifs financiers ont augmenté de 1,5 Md€⁶¹ ;
- une augmentation de l'endettement financier net du régime général (+ 32,7 Md€), qui s'établit à 45,1 Md€ au 31 décembre 2025, dont 38,6 Md€ portés par l'ACOSS. Cette évolution reflète la nette augmentation des dettes financières de l'ACOSS (57,5 Md€ fin 2025 contre 39,5 Md€ fin 2024, dépôts compris), en lien avec la dégradation du solde des branches du régime général et de la CNRACL. Ces

⁵⁸ Pour l'essentiel, l'endettement social est porté par la CADES et par l'ACOSS.

⁵⁹ Les actifs financiers sont principalement détenus par le FRR (20,7 Md€), la CADES (7,9 Md€), le régime de retraites de la Banque de France (11,9 Md€), non doté de la personnalité morale, l'ACOSS (18,9 Md€) et la MSA (3,5 Md€).

⁶⁰ Du fait notamment de l'absence de reprises de dettes en 2025.

⁶¹ Sous l'effet de la baisse des disponibilités (- 0,7 Md€) tandis que les dépôts de garantie ont augmenté (+ 2,3 Md€).

emprunts ont notamment pour contrepartie des valeurs mobilières de placement (13,9 Md€) et des disponibilités (5,0 Md€).

L'actif net circulant, qui correspond à l'actif circulant diminué des dettes, est par ailleurs en diminution (35,7 Md€ au 31 décembre 2025 contre 38,3 Md€ en 2024).

2 - Avis de la Cour

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

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

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

En application du 2° de l'article LO. 111-4-6 du code de la sécurité sociale, auquel renvoie l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour a procédé à des vérifications sur le projet de tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2025 établi par la DSS, qui figurera dans le rapport soumis à l'approbation du Parlement dans le projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2025, ainsi que sur les éléments d'information qui lui ont été transmis.

À l'issue de ces vérifications, limitées par les délais contraints d'examen des comptes (cf. C- 2 infra), la Cour estime que le tableau de situation patrimoniale précité fournit une représentation cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2025 qui en découle au regard des comptes arrêtés par les entités dans leurs périmètres respectifs. Elle formule à cet égard l'observation suivante.

La fiabilité des données comptables intégrées au tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2025 présente dans certains cas des faiblesses, comme le soulignent les opinions exprimées par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement et des branches du régime général de sécurité sociale et celles des commissaires aux comptes de la CADES, de la MSA, du FSV et de l'ENIM. (Cf. C- 1 infra).

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

- les dettes comptabilisées par le FRR à l'égard de la CADES (11,6 Md€ au 31 décembre 2025)⁶² ont été réintégrées aux fonds propres du FRR, en diminution de ses dotations⁶³ du fait de l'absence de comptabilisation par la CADES de créances réciproques sur le FRR⁶⁴. Ce reclassement n'a pas d'incidence sur le montant total des fonds propres retracés par le tableau de situation patrimoniale, mais uniquement sur leur ventilation entre la CADES et le FRR ;
- le FRR ne comptabilise pas ses instruments financiers à leur valeur historique. Contrairement aux autres organismes de sécurité sociale, le fonds enregistre ces instruments à l'actif de son bilan, en application des dispositions spécifiques de la réglementation comptable applicable aux organismes de placement collectif en valeurs mobilières⁶⁵, à leur valeur de marché (soit 19,9 Md€ au 31 décembre 2025) et inscrit, au passif, un écart positif d'estimation par rapport au coût d'acquisition de ces mêmes titres (2,4 Md€) ;
- une dette de 1,4 Md€ est comptabilisée par la caisse de réserve des employés de la Banque de France, non dotée de la personnalité morale,

⁶² En vue de financer une partie des reprises de déficits des branches famille, maladie, vieillesse et autonomie du régime général et du FSV, la loi du 7 août 2020 a prévu le versement par le FRR à la CADES de 1,45 Md€ par an entre 2025 et 2033, soit 13,05 Md€ au total.

⁶³ Par analogie avec le traitement comptable des versements du FRR aux régimes de retraite alors prévu à partir de 2020 (avis n°2008-10 du conseil national de la comptabilité - CNC -), les versements du FRR à la CADES sont opérés en premier lieu sur les réserves du fonds et, quand celles-ci sont épuisées, sur ses dotations. De ce fait, dans le tableau de situation patrimoniale, le montant restant dû à la CADES a été reclassé dans le poste « dotations » du FRR.

⁶⁴ Dans l'annexe à ses comptes, la CADES mentionne ces ressources en tant qu'engagements hors bilan de financement reçus du FRR.

⁶⁵ Avis n°2003-07 du conseil national de la comptabilité (CNC), modifié par l'avis n° 2008-10 du 5 juin 2008.

en contrepartie du transfert à cette caisse, décidé par le conseil général de la Banque de France, des actifs représentatifs de la réserve spéciale pour les retraites instituée par l'établissement en 2007⁶⁶ ;

- comme pour les exercices précédents, les titres de participation, inscrits initialement en immobilisations par les entités détentrices, sont reclassés en valeurs mobilières et titres de placement, pour un montant net de 6,9 Md€⁶⁷, en hausse de 0,7 Md€ par rapport à 2024. Si ces actifs ne répondent pas strictement à la définition comptable des valeurs mobilières de placement⁶⁸, ce reclassement permet de présenter l'ensemble des actifs financiers au sein de la même rubrique (« actif financier ») ;
- le montant des fonds propres inscrit au passif du tableau de situation patrimoniale (- 99,7 Md€) comprend 7,6 Md€ de dotations comptabilisées au bilan de la CNAM, correspondant à la différence entre les montants qu'elle a perçus de la CADES au titre de la couverture de dotations⁶⁹ aux établissements participant au service public hospitalier (13 Md€ au total), entités non comprises dans le champ du tableau de situation patrimoniale, et aux versements effectués à ce titre par la CNAM à ces derniers (5,4 Md€ au total dont 1,2 Md€ en 2025). Ces modalités de comptabilisation, prévues par l'article 50 de la LFSS pour 2021, conduisent à majorer de manière transitoire la situation nette présentée dans le tableau de situation patrimoniale ;

⁶⁶ Les actifs ainsi transférés à compter du 1er janvier 2018 comprenaient l'avance initiale de 2 Md€ de titres de placement et 0,9 Md€ de trésorerie adossée à la réserve spéciale, complétés par deux dotations complémentaires en trésorerie de 0,7 Md€ et de 1,0 Md€. La contrepartie de la réduction de l'avance consentie par la Banque de France est comptabilisée dans les produits de gestion technique de la caisse de réserve. En 2025, cette avance a été réduite, au total, de 0,4 Md€ à la suite du paiement des pensions réglementaires non couvertes par les revenus des portefeuilles titres (0,2 Md€) et à la distribution, au profit de l'État, de la sur-couverture des engagements de retraite (0,2 Md€).

⁶⁷ Ces titres, essentiellement détenus par les régimes autres que le régime général, sont principalement portés par la CNAVPL (3,5 Md€) et la MSA (1,6 Md€).

⁶⁸ 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.

⁶⁹ L'article 1er de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie prévoit un plafond de versements de la CADES de 13 Md€ dans la limite de 5 Md€ annuels, tandis que la CNAM verse des dotations aux hôpitaux sur une durée maximale de dix ans (art. 50 de la LFSS pour 2021).

- les créances et dettes à l'égard de la caisse de sécurité sociale (CSS) de Mayotte⁷⁰ sont inscrites à l'actif et au passif circulant du tableau de situation patrimoniale selon la même présentation que celle retenue dans les comptes du régime général. Elles représentent 8,4 Md€ à l'actif, au titre des créances, et 8,0 Md€ au passif, au titre des dettes. Ces dettes et créances ne font pas l'objet d'une compensation en attendant l'intégration de la CSS de Mayotte dans le périmètre de combinaison des comptes.

3 - Motivations détaillées de l'avis de la Cour

a) Une moindre fiabilité des données comptables intégrées au tableau de situation patrimoniale

S'agissant du régime général de sécurité sociale, les données comptables intégrées au tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2025 présentent une fiabilité parfois insuffisante, comme le souligne les réserves apportées à la certification des comptes de l'activité de recouvrement et des branches du régime général de sécurité sociale. Par ailleurs, les commissaires aux comptes de la MSA⁷¹, de l'ENIM et du FSV ont certifié avec réserve leurs comptes. Il est renvoyé sur ce point aux développements précédents sur les tableaux d'équilibre (cf. I- C- *supra*).

S'agissant des entités comprises dans le champ du tableau de situation patrimoniale, mais non dans celui des tableaux d'équilibre, la Cour note que les états financiers, au 31 décembre 2025, du FRR et de la CADES ont été certifiés sans réserve par leurs commissaires aux comptes respectifs.

b) Un calendrier encore extrêmement contraint

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

⁷⁰ Entité exclue du périmètre du tableau de situation patrimoniale.

⁷¹ Le bilan combiné certifié de la MSA est retraité afin d'intégrer uniquement les données comptables relatives au régime de base.

Les dates d'établissement des annexes aux comptes des organismes de sécurité sociale⁷² ont été modifiées et avancées afin de faciliter l'instruction de la Cour. Toutefois, les dates relatives à la production des comptes provisoires et définitifs de certification des comptes des organismes de sécurité sociale sont restées inchangées. Le délai d'examen des comptes par la Cour a, en conséquence, été sensiblement réduit.

⁷² Arrêté du 2 février 2024 modifiant le calendrier d'établissement et de transmission des comptes annuels des organismes de sécurité sociale qui avance la date de production des annexes provisoires (entre le 8 et le 22 mars contre le 31 mars auparavant) ainsi que celle des annexes définitives (et états financiers) au 5 avril (contre le 15 avril auparavant).

CONCLUSION

Au regard des comptes arrêtés des entités comprises dans leurs champs respectifs, sous réserve des observations formulées dans le présent avis, les tableaux d'équilibre et le tableau de situation patrimoniale de l'exercice 2025 qui seront soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale fournissent une représentation cohérente du résultat (« solde ») et de la situation patrimoniale des entités en question avec les comptes publiés.

Comme pour l'exercice précédent, les tableaux d'équilibre et le tableau de situation patrimoniale de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2025 restent affectés par une fiabilité parfois insuffisante des données comptables qui y sont intégrées. En effet, la Cour, dans le cadre de la certification des comptes au 31 décembre 2025, a relevé d'autres anomalies significatives ainsi que des insuffisances d'éléments probants affectant les comptes de l'activité de recouvrement et des branches de prestations du régime général.

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

Pour le quatrième exercice d'application de la réforme de la procédure d'approbation définitive des comptes de la sécurité sociale, la Cour note une amélioration d'une partie des retraitements effectués aux tableaux d'équilibre mais il reste nécessaire de poursuivre les efforts pour produire des tableaux de qualité et dans des délais suffisants pour que la Cour rende ses avis d'audit.

Annexe : régimes intégrés au tableau d'équilibre

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

	Risque Maladie- Invalidité	Risque AT- MP	Risque Vieillesse
<i>Service de l'allocation spéciale aux personnes âgées (SASPA)</i>			X
<i>Ex-SEITA</i>			X
<i>Caisse de retraites des personnels de l'Opéra national de Paris (CROPERA)</i>			X
<i>Caisse de retraites du personnel de la Comédie Française (CRPCF)</i>			X
<i>Régime d'indemnisation des sapeurs-pompiers communaux non professionnels (RISP)</i>			X
<i>Rentes accidents du travail des ouvriers civils des établissements militaires (RATOCEM)</i>		X	
<i>Paris (Mairie, Département, AP-HP)</i>		X	
<i>Préfecture du Haut-Rhin</i>			X
<i>CRCFE (Caisse de Retraite des Chemins de fer Franco-Ethiopiens)</i>			X
<i>CRRFOM (agents des chemins de fer d'outre-mer)</i>			X

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

Source : tableau 1 - Les différents régimes de base de sécurité sociale en 2024, Annexe 1 PLFSS pour 2026

Chapitre II

Un ONDAM tenu en 2025

mais une trajectoire qui reste à infléchir

PRÉSENTATION

Alors qu'il était systématiquement dépassé depuis 2020, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été respecté en 2025. Il a même été légèrement sous-exécuté de 0,5 Md€, par rapport à la cible votée en loi de financement de la sécurité sociale pour 2025. Le taux de progression provisoire est également conforme à celui initialement fixé (3,4 %).

L'atteinte de ce résultat a été permise par les mesures de correction prises à la suite de l'affirmation d'un risque de dépassement de l'objectif par le comité d'alerte. Il est appréciable que le dispositif d'alerte ait ainsi rempli son rôle mais cette maîtrise a été atteinte au prix de déséquilibres entre sous-objectifs de l'ONDAM. De manière désormais récurrente, le dépassement du sous-objectif des soins de ville est compensé par des réductions de moyens dans les champs des établissements de santé et médico-sociaux. Ces réductions contribuent à dégrader la situation financière et la capacité d'investissement des établissements, et à retarder des projets par manque de financement.

En raison de l'insuffisance des leviers de régulation infra-annuels pour les soins de ville, la tenue de l'ONDAM suppose un bon calibrage initial des mesures d'économie. Leur montant dans la loi de financement pour 2026 atteint le niveau élevé de 4,4 Md€ pour l'ensemble des sous-objectifs, pour ramener la croissance de l'ONDAM à 3,1 %.

Certaines mesures ont une portée structurelle mais une part trop importante demeure insuffisamment documentée (efficience à l'hôpital, maîtrise médicalisée des soins de ville, etc.). Cette logique de construction accommodante repose donc, chaque année, sur la réalisation d'économies souvent incertaines. Le fragile équilibre atteint en 2025, au prix d'un effort supplémentaire en cours d'année, pourrait donc ne pas se reproduire en 2026. Seule une inflexion de la trajectoire de dépenses, en agissant sur ses déterminants, permettra de retrouver des marges de manœuvre.

Le chapitre revient sur les conditions et actions qui ont permis la tenue de l'ONDAM en 2025 (I), examine les enjeux d'exécution des différents sous-objectifs (II) et analyse la construction de l'ONDAM et les risques pour 2026 et au-delà (III).

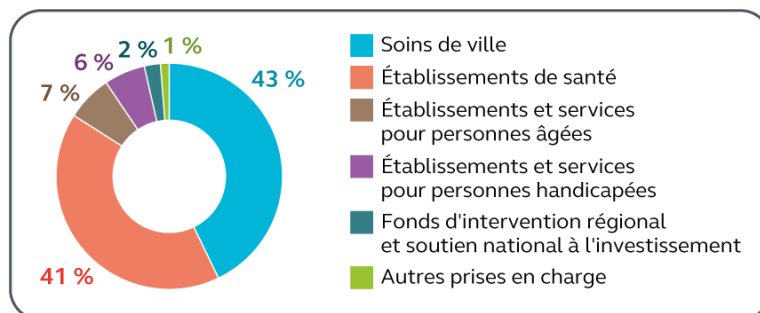
L'ONDAM, un outil de pilotage

Chaque année, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) fixe le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour l'année à venir ; un taux d'évolution pour les trois années suivantes est prévu en annexe de la loi, qui reprend et prolonge généralement ceux de la dernière loi de programmation des finances publiques (LPPF).

Comme présenté dans le premier chapitre, l'ONDAM comprend une grande partie des dépenses des branches maladie, autonomie et accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP). Il constitue un objectif à ne pas dépasser et non un plafond au sens strict.

La supervision de son exécution est confiée à un comité d'alerte⁷³, qui rend des avis publics transmis au Parlement, habituellement au 15 avril, au 1^{er} juin et au 15 octobre. En cas de risque de dépassement en cours d'année, le comité d'alerte le notifie au Parlement, au Gouvernement, aux caisses nationales d'assurance maladie et à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire pour que des mesures de redressement soient adoptées. Le seuil d'alerte du dépassement a été fixé, par décret, à 0,5 % du montant de l'ONDAM.

Graphique n° 5 : répartition des dépenses de l'ONDAM par sous-objectifs en 2025 (en %)



Source : direction de la sécurité sociale, calculs Cour des comptes

⁷³ Voir le chapitre III du présent rapport, « L'ONDAM, un outil de régulation des dépenses de santé nécessaire et à renforcer ».

I - Un ONDAM tenu en 2025 grâce à la régulation infra-annuelle, sans inflexion structurelle

L'ONDAM 2025 a été tenu du fait de la mise en œuvre des mesures d'économie prévues dans la LFSS, mais également en raison d'une régulation en cours d'année déclenchée par le mécanisme d'alerte en juin 2025. Toutefois, la progression finale de la dépense est restée forte, ce qui témoigne d'une cible peu ambitieuse. En outre, comme les années précédentes, le sous-objectif des soins de ville a été dépassé et la tenue de l'objectif global a reposé sur la sous-exécution des autres sous-objectifs.

A - L'ONDAM 2025 voté en LFSS, une cible respectée, mais peu ambitieuse

L'ONDAM 2025 s'établit légèrement au-dessous de la cible votée en LFSS mais il progresse néanmoins de manière dynamique.

1 - Une légère sous-exécution par rapport à l'objectif voté

À la clôture des comptes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (ROBSS), l'ONDAM 2025 s'établit à 265,4 Md€ (comptes provisoires) pour un objectif fixé à 265,9 Md€ dans la LFSS pour 2025, inchangé dans la LFSS pour 2026. Pour la première fois depuis la crise sanitaire, l'ONDAM voté en LFSS a ainsi été respecté, en légère sous-exécution, de 0,5 Md€ par rapport à l'objectif.

Tableau n° 15 : exécution de l'ONDAM 2025 par sous-objectif (en Md€)

	Objectif initial (LFSS 2025)	Objectif rectifié (LFSS 2026)	Objectif constaté (mars 2026)	Écart LFSS 2025	Écart LFSS 2026
<i>Soins de ville</i>	113,2	113,9	113,7	+ 0,5	- 0,3
<i>Établissements de santé</i>	109,6	109,5	109,4	- 0,3	- 0,1
<i>Établissements et services pour personnes âgées</i>	17,6	17,4	17,3	- 0,3	- 0,1
<i>Établissements et services pour personnes handicapées</i>	15,7	15,6	15,6	- 0,2	0,0
<i>FIR et SNI</i>	6,3	6,1	6,1	- 0,2	0,0
<i>Autres prises en charge</i>	3,4	3,3	3,3	- 0,1	0,0
ONDAM	265,9	265,9	265,4	- 0,5	- 0,5

Note : les chiffres présentés sont des arrondis, ce qui explique que certains totaux ne sont pas égaux à la somme des chiffres tels qu'affichés. FIR : fonds d'intervention régional ; SNI : soutien national à l'investissement.

Source : direction de la sécurité sociale, calculs Cour des comptes

Le sous-objectif des soins de ville est en dépassement de 0,5 Md€, par rapport à la LFSS 2025 et chacun des autres sous-objectifs est en sous-exécution. En 2024 déjà, le dépassement de l'ONDAM avait été entièrement attribuable aux soins de ville. Cela souligne la difficulté structurelle de piloter l'exécution de ce sous-objectif, constitué en grande partie de dépenses dont la dynamique n'est pas directement maîtrisée, avec peu de mécanismes de régulation propres⁷⁴.

2 - Un objectif initial peu ambitieux

L'objectif assigné pour 2025 correspondait à une progression de 3,4 %, ce qui est élevé si on le compare à la progression des recettes de la sécurité sociale (2,7 % au total, 3,1 % pour la branche maladie). Cette progression est aussi plus forte que celle observée en moyenne depuis 2019 (3,0 %), hors facteurs exceptionnels (crise sanitaire, Ségur de la santé, ressaut de l'inflation consécutif à la guerre en Ukraine).

⁷⁴ Le décalage des revalorisations conventionnelles à la suite du déclenchement du mécanisme d'alerte constitue actuellement le seul mécanisme de régulation sur les soins de ville, hors produits de santé, et sa portée est limitée. Voir le chapitre III, op. cit., notamment sa sous-partie III-B.

Les données des comptes provisoires confirment que l'ONDAM a progressé de 3,4 %⁷⁵. En volume, hors effet de l'inflation⁷⁶, il a accéléré en 2025, avec une progression de 2,5 %, contre 1,3 % en 2024 et 1,8 % en moyenne entre 2018 et 2024.

La croissance de l'ONDAM en 2025 a ainsi été supérieure d'environ 1,4 point à celle du PIB⁷⁷. Hors années de crises de 2009 et 2020 pour lesquelles le PIB avait baissé, un tel écart n'avait jamais été observé au cours des vingt dernières années. L'écart sur les années 2020-2024 était en moyenne de 1,1 point.

B - La régulation infra-annuelle a fonctionné en 2025

L'ONDAM voté pour 2025 a été respecté en raison de la mise en œuvre d'un plan d'économies à la suite du déclenchement de l'alerte.

1 - Une construction fragile de l'ONDAM 2025

L'ONDAM voté en LFSS pour 2025 reposait sur une estimation de progression spontanée de la dépense de 2,8 % (3,1 % après correction des jours ouvrés). À cela s'ajoutaient 6,2 Md€ de mesures nouvelles afin, essentiellement, de compenser aux établissements de santé et médico-sociaux la hausse de 3 points des cotisations à la caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) pour 1,0 Md€⁷⁸, financer des revalorisations conventionnelles en soins de ville (1,7 Md€), augmenter les moyens des établissements de santé (1,7 Md€) et des établissements sociaux et médico-sociaux (1,4 Md€ pour l'amélioration de l'offre et l'octroi d'aides exceptionnelles).

Ces mesures devaient être partiellement financées par 4,3 Md€ d'économies. En sus des mesures classiques de baisse de prix et de régulation des volumes des produits de santé (2,2 Md€), d'amélioration de

⁷⁵ L'ONDAM 2024 ayant été sous-exécuté de 0,6 Md€ par rapport à son niveau rectifié en LFSS pour 2025, l'objectif de 2025 correspondait à une évolution de 3,6 %.

⁷⁶ En utilisant l'indice des prix à la consommation hors tabac. Celui-ci ne reflète pas correctement les prix sous-jacents à l'ONDAM, mais il est utilisé en l'absence d'un indicateur exact de ces prix.

⁷⁷ Le PIB a augmenté de 2,1 % en valeur en 2025, hors correction de jours ouvrés (estimation provisoire au 30 avril 2026).

⁷⁸ Pour les personnels de la fonction publique hospitalière relevant de ce régime spécial, toute hausse des cotisations alourdit les charges des établissements publics de santé. Une compensation de ces charges a été décidée en LFSS par un abondement spécifique de l'ONDAM.

l'efficience des hôpitaux (0,7 Md€, intégrés dans des baisses de tarifs) et de régulation de soins de ville (0,6 Md€ concernant la biologie, la radiologie et les transports), la LFSS pour 2025 incluait un plafonnement du montant remboursé d'indemnités journalières (0,4 Md€) et l'effet en année pleine du doublement du montant des franchises et participations forfaitaires⁷⁹ décidé par la LFSS pour 2024 (0,3 Md€).

L'hypothèse de progression spontanée (2,8 %) intégrait 0,9 Md€ d'économies au titre de la maîtrise médicalisée des pratiques des professionnels de santé et de la lutte contre la fraude. Ce montant, identique à celui inscrit dans la LFSS 2024, était, comme chaque année, peu documenté. La réalisation effective des économies, notamment dans les produits de santé, était incertaine.

2 - Face aux risques de dépassement, une alerte a été déclenchée en juin 2025, suivie de mesures d'économie

Dans son avis du 18 juin 2025, notifié au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie, le comité d'alerte de l'ONDAM a constaté « *un risque sérieux de dépassement* » de l'objectif fixé en LFSS 2025, d'une ampleur supérieure au seuil de 0,5 %, soit 1,3 Md€.

Ce risque s'expliquait par des dépassements pouvant être anticipés sur les soins de ville, en raison notamment de la poursuite du fort dynamisme constaté pour les indemnités journalières et d'économies non acquises sur les médicaments. Le risque était renforcé par le caractère incertain des économies de maîtrise médicalisée des soins de ville prévues. Des financements aux établissements avaient été mis en réserve, pour 1,1 Md€ dont 690 M€ pour les hôpitaux, mais leur mobilisation était jugée incertaine par le comité d'alerte en raison du rythme de l'activité hospitalière⁸⁰ et de la perpétuation d'une situation financière dégradée pour un grand nombre d'établissements (cf. *infra*).

⁷⁹ Montants payés par les patients et non-remboursés pour les consultations médicales, actes de radiologie ou de biologie, achats de boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport ; voir le chapitre V de ce rapport, « Les franchises et participations forfaitaires de l'assurance maladie : des optimisations nécessaires, des transformations envisageables ».

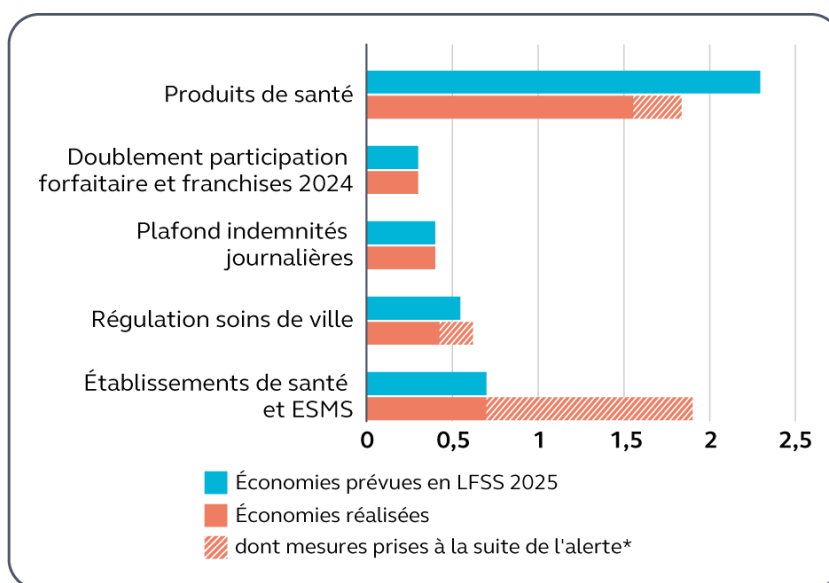
⁸⁰ La progression de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements publics et privés non lucratifs atteignait 4,7 % sur la période janvier-mars 2025 par rapport à la même période de 2024. La prolongation d'un tel rythme aurait conduit à la consommation de l'ensemble des mises en réserve effectuées en début d'année par les seuls établissements de santé. *In fine*, l'activité a été plus dynamique qu'en construction, mais dans une ampleur moindre.

Le Gouvernement a annoncé à l'été la mise en œuvre d'un plan d'économies de 1,74 Md€, dont 1,5 Md€ ont été qualifiées de « *certaines, probables ou vraisemblables* » par le comité d'alerte, dans son avis du 17 septembre 2025.

3 - Des économies importantes réalisées, avec des efforts variables entre les sous-objectifs

Avec la mise en œuvre du plan, les économies constatées *in fine* en 2025 se sont élevées à 5,1 Md€, contre 4,3 Md€ prévus initialement en LFSS 2025. Ce montant élevé s'est traduit par une réallocation des efforts au profit des produits de santé et au détriment des établissements de santé et médico-sociaux.

**Graphique n° 6 : mesures d'économies sur l'ONDAM 2025
(en Md€)**



* y compris 0,4 Md€ de non-dégel du coefficient prudentiel en fin d'année, non-annoncés dans le plan d'économie présenté après l'alerte

Sources : LFSS 2025, rapports à la commission des comptes de la sécurité sociale, direction de la sécurité sociale, calculs Cour des comptes

Pour les produits de santé, les économies réalisées ont été moindres que prévu (1,8 Md€ contre 2,3 Md€). Le plan annoncé à l'été n'a pas été mis en œuvre en totalité, notamment pour ce qui relevait des baisses de prix (écart de 0,3 Md€).

Pour les établissements de santé et médico-sociaux, les mesures de régulation infra-annuelle ont induit 1,2 Md€ d'économies supplémentaires, dont notamment 0,7 Md€ d'annulations de dotations qui avaient été mises en réserve et 0,4 Md€ de non-dégel du coefficient prudentiel⁸¹. Ces mesures ont contribué à la tenue de l'objectif mais les économies ainsi obtenues peuvent augmenter les déficits des établissements, ce qui constitue un point de fuite de l'ONDAM, ou entraîner le report de projets qui devaient être financés par les dotations annulées.

Pour les soins de ville hors produits de santé, les économies ont été légèrement supérieures à l'objectif de la LFSS, en raison notamment du report au 1^{er} janvier 2026 des revalorisations conventionnelles pour les médecins et masseurs-kinésithérapeutes (150 M€).

II - Des évolutions différenciées entre sous-objectifs

Le respect global de l'ONDAM 2025 recouvre des écarts différents selon les sous-objectifs. La forte dynamique de soins de ville a été couverte par la sous-exécution des autres sous-objectifs, notamment pour les établissements de santé et médico-sociaux.

A - Soins de ville : une progression soutenue, une dynamique non maîtrisée des indemnités journalières

Les dépenses de soins de ville ont progressé au rythme soutenu de 3,5 % (+ 3,8 Md€), tout en marquant une décélération par rapport à 2024 (+ 4,4 %).

⁸¹ Coefficient tarifaire fixé par arrêté et appliqué annuellement aux établissements de santé (article L. 162-23-5 du code de la sécurité sociale). Il peut être gelé en tout ou partie en début d'année et dégelé selon la progression constatée de l'activité. Le non-dégel n'avait pas été annoncé dans le plan de mesure qui a suivi l'alerte.

Tableau n° 16 : exécution de l'ONDAM soins de ville 2025 (en Md€)

	Réalisé 2025 provisoire	Réalisé 2024 définitif*	Écart 2025 / 2024	
Honoraires médicaux/dentaires	31,0	29,3	1,7	5,8 %
<i>dont médecins généralistes</i>	6,9	6,5	0,4	6,8 %
<i>dont médecins spécialistes</i>	16,1	15,3	0,8	5,1 %
<i>dont chirurgiens-dentistes</i>	4,7	4,5	0,3	5,7 %
<i>dont rémunération forfaitaire</i>	2,7	2,6	0,2	10,9 %
Honoraires paramédicaux	16,7	16,1	0,6	3,5 %
<i>dont infirmiers</i>	10,0	9,8	0,2	2,4 %
<i>dont masseurs-kinésithérapeutes</i>	5,3	5,1	0,2	4,2 %
Biologie	3,4	3,5	-0,1	-3,5 %
Transport de patients	6,3	6,3	0,0	0,6 %
Indemnités journalières	17,9	17,1	0,8	4,6 %
Prise en charge de cotisations	2,8	2,7	0,1	2,8 %
Autres dépenses	0,5	0,6	0,0	-17,0 %
Ville hors produits de santé	78,7	75,6	3,0	4,0 %
Produits de santé**	35,0	34,2	0,8	2,4 %
Total soins de ville	113,7	109,8	3,8	3,5 %

* à périmètre constant

** minorés des remises et de la clause de sauvegarde

Source : direction de la sécurité sociale, calculs Cour des Comptes

1 - Une dynamique variable selon les postes de dépenses

Hors produits de santé, la croissance des soins de ville a atteint 4,0 % (4,6 % en 2024), portée par la hausse des honoraires des médecins, généralistes (6,8 %) et spécialistes (5,1 %), et des chirurgiens-dentistes (5,7 %). Les dépenses des professions paramédicales ont progressé de 3,5 %, dont 4,2 % pour les masseurs-kinésithérapeutes. Cette dynamique résulte des revalorisations conventionnelles d'honoraires intervenues en 2024 et en 2025 (médecine générale, spécialités cliniques, actes infirmiers et de masso-kinésithérapie, etc.) mises en œuvre après l'inflation élevée des années 2022 et 2023.

À l'inverse, les dépenses de transport des patients remboursées par l'assurance maladie ont été maîtrisées, affichant une augmentation de 0,6 % en 2025 (3,8 % en 2024). Cette inflexion résulte des mesures prises en 2025

(protocole transport sanitaire, convention-cadre sur les taxis, développement du transport partagé⁸²), qui ont fait baisser la dépense de 1,8 %. Le report au 1^{er} novembre 2025 de l'entrée en vigueur de la nouvelle convention-cadre applicable aux taxis a toutefois réduit le rendement de ces mesures en 2025.

Enfin, les dépenses de biologie médicale ont diminué grâce à des baisses tarifaires prévues par le protocole 2024-2026⁸³.

Le doublement des franchises médicales au 31 mars 2024 et des participations forfaitaires au 15 mai 2024⁸⁴ a contribué à freiner la dynamique de remboursements de soins en 2025. L'effet précis de cette mesure, dont une partie, sous forme d'avis de sommes à payer, n'est pas intégrée dans l'ONDAM, n'est chiffré ni en construction ni en exécution.

2 - Des dépenses d'indemnités journalières en dépassement significatif de la prévision

Le nombre d'indemnités journalières a augmenté de 4,6 % en 2025, en particulier pour les arrêts liés aux accidents du travail (11,1 %) et les arrêts maladie de plus de trois mois (6,9 %). L'accélération de cette hausse depuis la fin de la crise sanitaire reste, à ce jour, pour partie inexpliquée même si le vieillissement de la population active et la hausse des salaires y contribuent⁸⁵. La progression a été particulièrement forte pour les indemnités journalières AT-MP (+ 8,3 % par an de 2022 à 2025, pour un coût additionnel de 1,2 Md€).

La trajectoire financière de ces indemnités constitue un facteur de fragilité majeure pour l'équilibre des deux branches. En cumul sur 2024 et 2025, elles ont excédé les objectifs initiaux fixés par les LFSS de 0,5 Md€ pour la branche maladie et de 0,4 Md€ pour la branche AT-MP. Les facteurs de cette hausse ont changé ces dernières années. En 2023, l'effet prix était prédominant dans un contexte inflationniste de revalorisation des salaires de référence. À partir de 2024, l'effet volume a fortement augmenté, ce qu'illustre le graphique ci-dessous sur le périmètre du régime général.

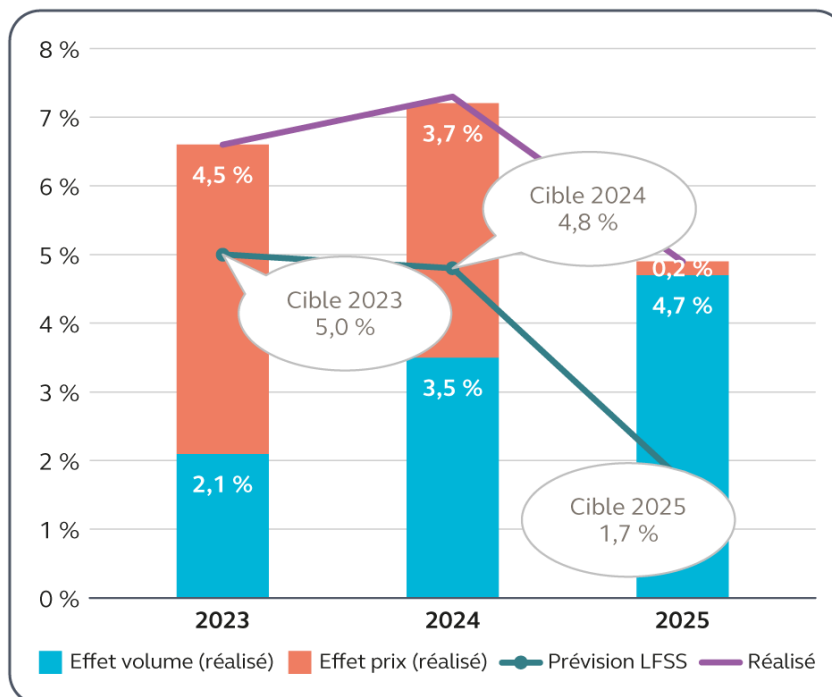
⁸² Cf. dans ce rapport, « Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie : une dépense à réguler plus efficacement, des acteurs à davantage responsabiliser », chapitre VII.

⁸³ Application de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie d'août 2024, engendrant 110 M€ d'économies en 2025.

⁸⁴ Cf. dans ce rapport, « Les franchises et participations forfaitaires de l'assurance maladie : des optimisations nécessaires, des transformations envisageables », chapitre V.

⁸⁵ Cour des comptes, « L'indemnisation des arrêts de travail pour maladie du régime général : une dépense à maîtriser, une réglementation à simplifier », *rapport sur l'application des lois de financements de la sécurité sociale 2024*, chapitre V.

**Graphique n° 7 : régime général, évolution de la dépense
d'indemnités journalières (2023-2025) en prévision et en exécution
(en %)**



Source : direction de la sécurité sociale

En 2025, l'effet prix est quasiment nul, principalement en raison de la mesure de réduction du plafond du revenu d'activité pris en compte, passé de 1,8 à 1,4 SMIC à partir du 1^{er} avril 2025 pour les arrêts de travail maladie. Cette mesure monte en charge avec une certaine inertie en raison du stock important des indemnités de longue durée⁸⁶.

Pour réduire la fraude à la production de faux arrêts de travail et donc freiner la progression en volume des dépenses, l'assurance maladie a rendu obligatoire le recours à un formulaire CERFA sécurisé pour les professionnels de santé qui refusent d'évoluer vers la dématérialisation de la production des arrêts de travail. Toutefois, ce formulaire n'a été rendu obligatoire qu'en octobre 2025, trois mois après la fin du délai réglementaire.

⁸⁶ La réduction du plafond s'applique aux nouveaux arrêts de travail.

B - Produits de santé : des dépenses en hausse, des leviers de régulation à rééquilibrer

Les dépenses de produits de santé prises en charge par l'assurance maladie (42,6 Md€⁸⁷) sont composées pour près des trois quarts de médicaments et, pour le reste, de dispositifs médicaux. Elles représentent 16 % de l'ONDAM et se répartissent entre deux sous-objectifs : les soins de ville et les établissements de santé. En 2025, la dépense de médicament a contribué à hauteur de 0,4 Md€ au dépassement du sous-objectif des soins de ville. En revanche, la dépense de médicament en établissements de santé a été inférieure de 0,2 Md€ à ce qui avait été prévu en construction.

1 - Des dépenses de médicaments dynamiques en 2025, toujours tirées par l'innovation

La dépense de médicament brute⁸⁸ a poursuivi sa progression en 2025 (5,5 %), à un rythme inférieur aux années antérieures (7,5 % en moyenne 2019-2024). Cette dynamique est tirée par l'innovation : en 2025, 26 traitements ont un coût annuel moyen excédant 80 000 € par patient, contre un seul en 2015 ; le coût annuel excède 195 000 € pour les dix plus onéreux⁸⁹. En 2025, la progression des ventes de médicaments en officines⁹⁰ est principalement portée par les vaccins, dont les montants remboursés atteignent 1 Md€ (+ 72 % après 16 % en 2023 et en 2024). Un seul vaccin contre la varicelle et les effets indésirables du zona, remboursé depuis décembre 2024, contribue à lui seul à près d'un cinquième de la hausse des dépenses en officine en 2025.

Les dépenses annuelles de produits de santé, sont fortement atténuées par des remises⁹¹ et les effets de la clause de sauvegarde⁹², qui minorent le

⁸⁷ Ce montant intègre les dépenses comptabilisées dans le sous-objectif des établissements de santé au titre de la « liste en sus » et, en minoration, les remises et la clause de sauvegarde.

⁸⁸ Soins remboursés, avant prise en compte des remises et de la clause de sauvegarde.

⁸⁹ Caisse nationale d'assurance maladie, *Chiffres clés du médicament*, janvier 2026.

⁹⁰ Cela inclut les médicaments en rétrocession hospitalière, délivrés par la pharmacie d'un hôpital à des patients non hospitalisés, généralement parce qu'ils nécessitent une dispensation et un suivi particuliers.

⁹¹ Réduction de prix fixée par convention entre l'entreprise pharmaceutique et le comité économique des produits de santé. L'industriel peut ainsi afficher un prix public plus élevé, servant de référence internationale.

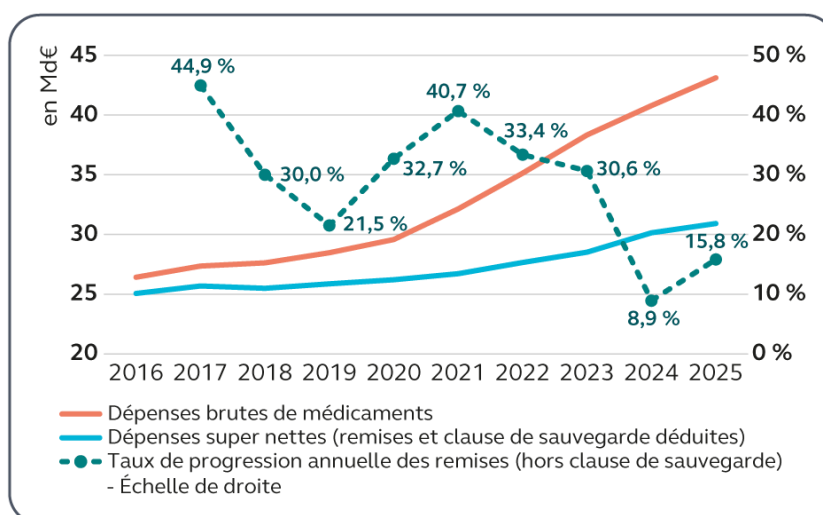
⁹² La clause de sauvegarde est déclenchée lorsque les dépenses de médicaments remboursables, nettes de remises, sont supérieures à des plafonds dits « montant M » pour les médicaments et « montant Z » pour les dispositifs médicaux, fixés en LFSS. Une partie du dépassement est rappelée auprès de toutes les entreprises pharmaceutiques redevables sous forme d'une contribution financière.

coût supporté par l'assurance maladie. Après déduction de ces recettes, la dépense de médicaments nette a crû de 2,3 % en 2025, soit un niveau inférieur au taux de croissance annuel moyen des trois dernières années (3,8 %).

2 - Des remises à la progression moins dynamique, des objectifs de baisse de prix croissants

En 2025, le rendement des remises devrait atteindre 10,7 Md€, dont 97 % au titre du médicament⁹³. Il augmenterait de 15,8 %, en-deçà de la croissance observée avant 2024.

Graphique n° 8 : évolution des dépenses de médicaments et des remises associées de 2016 à 2025 (en Md€)



Source : données DSS, mise en forme Cour des comptes

Non anticipé, le ralentissement brutal de la croissance des remises a conduit à une révision significative de l'ONDAM 2024 lors de la discussion du PLFSS pour 2025.

⁹³ Données provisoires, le montant définitif sera connu en novembre 2026.

Analyse de l'erreur de prévision des remises dues pour 2024

En novembre 2024, un écart de prévision de 1,15 Md€ sur le montant attendu des remises pour 2024 a été estimé par la direction de la sécurité sociale, nécessitant de rectifier l'ONDAM 2024 à la hausse.

En mars 2025, lors de l'arrêté des comptes, ce manque à gagner s'est finalement établi à 950 M€, ramenant la progression des remises en 2024 à 8,9 %, contre une prévision de 20 % en construction de l'ONDAM 2024. Cette hypothèse avait été jugée prudente au regard des taux de croissance observés entre 2017 et 2023 oscillant entre 20 % et 40 % par an.

Plusieurs facteurs ont contribué à cette erreur d'estimation : les remises liées aux produits bénéficiant d'un accès précoce⁹⁴ ont été surestimées et les assiettes sur lesquelles les remises ont été calculées n'étaient plus à jour en raison de campagnes de baisses de prix intervenues entretemps.

Recouvrées à compter du mois de novembre de l'année n+1, les remises de l'année n sont complexes à anticiper en raison de la multiplicité des régimes dérogatoires et des campagnes simultanées de baisses de prix, qui modifient les assiettes de calcul des remises. La réforme des autorisations d'accès précoce, en 2021⁹⁵, qui a permis la mise sur le marché de médicaments avant l'évaluation de leur amélioration du service médical rendu et la fixation définitive de leur prix de remboursement, a contribué à accroître la variabilité des remises. Les remises liées à ce dispositif ont reculé de 23 % en 2025 (soit 0,3 Md€ de moindres remises), recul amorcé en 2024, alors qu'elles augmentaient de 78 % en moyenne en 2022 et 2023.

Si la négociation de remises permet de freiner efficacement la dépense, elle reste sans effet sur les prix publics des médicaments. Or, ces prix publics avant remises continuent de servir de base à la rémunération des grossistes et des pharmaciens, faisant peser une charge croissante sur l'assurance maladie⁹⁶. Aussi, les campagnes de baisses de prix publics sont un outil complémentaire et nécessaire de régulation. Leur objectif, d'un montant de l'ordre de 1 Md€ par an depuis 2022, a été relevé à 1,2 Md€ dans l'ONDAM 2025. Rapportées au chiffre d'affaires net du secteur, les

⁹⁴ Dispositif dérogatoire permettant la mise sur le marché d'un médicament n'ayant pas encore été admis au remboursement.

⁹⁵ L'article 78 de la LFSS pour 2021 a réformé le régime d'accès dérogatoire au marché pour les médicaments.

⁹⁶ En 2024, l'augmentation des marges des pharmaciens et grossistes liée au différentiel entre prix facial et prix net s'élèverait à 212 M€, en hausse annuelle moyenne de 23 % depuis 2021 (assurance maladie, *rapport charges et produits 2026*, juillet 2025).

économies liées aux baisses de prix ont diminué, passant de 4,6 % en 2019 à 3 % en moyenne de 2020 à 2025.

Ces moindres efforts peuvent s'expliquer par la mobilisation de l'autre outil de régulation qu'est la clause de sauvegarde. Activée chaque année depuis 2021 et avec une cible de rendement fixée à 1,6 Md€ à partir de 2023, elle s'est progressivement muée en un prélèvement récurrent plutôt qu'un filet de sécurité en cas de dérapage des dépenses, désincitant les industriels à consentir des baisses de prix. En 2025, le rendement de la clause pourrait être de 1,8 Md€ au titre du médicament (données encore provisoires) et se déclencherait au titre des dispositifs médicaux pour la première fois.

C - Établissements de santé : une reprise soutenue de l'activité des hôpitaux publics en 2025 sans amélioration notable de leur situation financière

En 2025, les dépenses du sous-objectif des établissements de santé se sont élevées à 109,4 Md€, en progression de 3,6 % (2,7 % en 2024). La sous-exécution a été de 0,3 Md€ par rapport à l'objectif initial. Malgré la hausse des ressources des hôpitaux, leur déficit resterait élevé.

**Tableau n° 17 : sous-objectif des établissements de santé en 2025
(en Md€)**

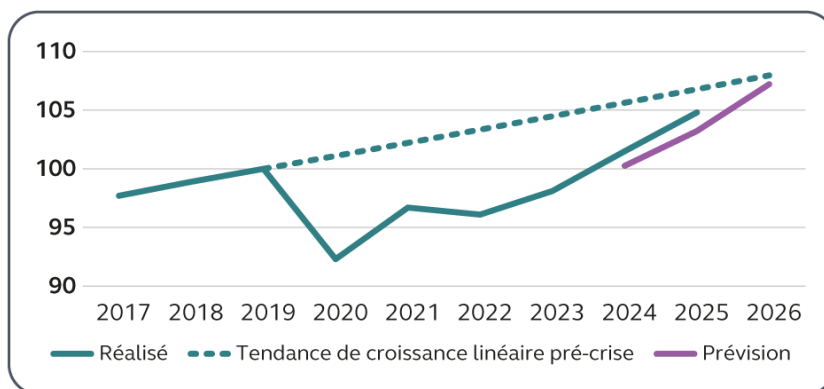
	Réalisé 2025 provisoire	Objectif 2025 révisé (LFSS 2026)	Objectif 2025 initial (LFSS 2025)	Réalisé 2024 définitif*
Publics et privés non lucratifs – activité	58,6	58,6	58,3	56,7
dont part tarifs MCO et SMR	52,9	52,9	52,5	51,0
dont liste en sus	5,8	5,7	5,8	5,7
Privés lucratifs – activité	15,3	15,3	15,5	14,9
dont part tarifs MCO et SMR	13,6	13,5	13,7	13,1
dont liste en sus	1,9	1,8	1,8	1,9
Dotations et forfaits annuels	35,2	35,2	35,5	33,7
Dépenses non régulées	0,3	0,3	0,3	0,3
Total	109,4	109,5	109,6	105,5

* à périmètre constant (au champ de l'ONDAM 2025). MCO : médecine, chirurgie, obstétrique ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; liste en sus : médicaments et dispositifs médicaux financés en sus des prestations d'hospitalisation. Les totaux ne sont pas toujours égaux à la somme des montants affichés, en raison des arrondis. Source : direction de la sécurité sociale, calculs Cour des comptes

1 - Une activité hospitalière plus dynamique que prévue, contenue par des mesures de régulation

En 2025, l'activité des établissements de santé était prévue en augmentation de 1,9 %. La progression a été de 3,5 % sur le champ médecine, chirurgie et obstétrique⁹⁷ pour les établissements publics et privés non lucratifs et de 1,5 % pour les établissements privés lucratifs.

Graphique n° 9 : évolution du volume de l'activité MCO des établissements de santé publics et privés non lucratifs (base 100 en 2019)



Prévisions initiales PLFSS 2024, 2025 et 2026.

Source : Cour des comptes d'après les informations de la DSS et de l'ATIH

L'effet de rattrapage de l'activité hospitalière post-crise sanitaire a été plus fort qu'anticipé, porté par l'ambulatoire en chirurgie (+ 5,1 %) et en médecine (+ 14,8 %), tandis que les séjours en hospitalisation complète ont évolué plus modérément (+ 2,5 %). La croissance a été plus marquée pour les établissements qui bénéficiaient jusqu'en 2024 du mécanisme de sécurisation modulée à l'activité⁹⁸.

Cette évolution a conduit à un dépassement des dépenses relevant du financement à l'activité des hôpitaux de 0,6 Md€, atténué par le non dégel du coefficient prudentiel sur les tarifs de 0,3 Md€. L'activité des

⁹⁷ Hors actes et consultations externes, et hospitalisations à domicile.

⁹⁸ Ce dispositif, qui a succédé à la garantie de financement, a été mis en place pour garantir un niveau minimal de recettes aux établissements de santé pendant la crise sanitaire, a pris fin en 2025. Il avait probablement conduit à une sous-déclaration de l'activité de nombre des établissements concernés.

établissements privés lucratifs a présenté une sous-exécution de 0,2 Md€, dont 0,1 Md€ de non dégel du coefficient prudentiel.

Enfin, la mise en œuvre du gel de crédits sur les dotations à hauteur de 0,3 Md€, à la suite de l'avis du comité d'alerte, a entraîné une sous-exécution des dotations.

2 - Une situation financière des hôpitaux toujours préoccupante

Après la forte dégradation des années 2022-2024, la situation financière des hôpitaux publics s'est stabilisée en 2025. Selon les données provisoires des établissements en février 2026, leur déficit devrait s'élever à 2,6 Md€ en 2025 (budget principal), en amélioration de 0,1 Md€ par rapport à 2024. Il reste cependant à un niveau élevé malgré la reprise de l'activité et constitue toujours un point de fuite de l'ONDAM⁹⁹.

Des tensions croissantes sur la trésorerie des hôpitaux

Les tensions sur la trésorerie des hôpitaux s'accroissent sous l'effet des déficits accumulés. Les dettes auprès des fournisseurs progressent avec l'allongement des délais de paiement (71 jours en moyenne en 2025, en dégradation de 8 jours par rapport à 2024 et de 20 jours par rapport à 2020). La part des règlements aux fournisseurs intervenant au-delà du seuil réglementaire de 50 jours est désormais majoritaire. Les dettes fiscales et sociales échues atteignent 2,2 Md€ à fin février 2026 (en hausse de 0,5 Md€ sur un an) dont 0,7 Md€ ont une antériorité de plus de 4 ans. Cette situation est hétérogène selon les établissements, certains se trouvant dans une situation tendue.

En conséquence, il a été décidé le versement en 2026 par l'assurance maladie du solde de 0,8 Md€ d'anciennes dettes, dites de l'article 58¹⁰⁰, et le rehaussement de l'ONDAM 2026 à 3,1 % à l'issue des débats parlementaires du PLFSS 2026. Au-delà de ces mesures financières, la mise en œuvre de mesures structurelles serait nécessaire.

⁹⁹ Les hôpitaux publics constituent des administrations publiques au sens de la comptabilité nationale et leur déficit contribue au déficit public dans son ensemble.

¹⁰⁰ Cf. le chapitre IV de ce rapport, « Vingt ans de certification des comptes de la sécurité sociale : une exigence reconnue, des leviers d'amélioration à mobiliser ».

D - Secteur médico-social : des moyens réduits en cours d'année au détriment de la transformation de l'offre

En 2025, les deux sous-objectifs médico-sociaux, initialement fixés à 33,4 Md€, ont enregistré une sous-exécution de 0,4 Md€. Cet écart résulte principalement d'un gel de 0,3 Md€ de crédits à la suite de l'avis du comité d'alerte. S'y ajoutent des mesures de périmètre intervenues postérieurement à la LFSS pour 2025 et l'absence d'intégration de 40 M€ de dépenses dues au titre des conventions internationales en fin d'exercice.

Tableau n° 18 : exécution 2025 des dépenses médico-sociales (en Md€)

	Réalisé 2025 (mars 2026)	Objectif 2025 révisé (LFSS 2026)	Objectif 2025 initial (LFSS 2025)	Réalisé 2024 définitif*
<i>Personnes âgées</i>	17,3	17,4	17,6	16,4
<i>Personnes handicapées</i>	15,6	15,6	15,7	15,2
Total	32,9	33,0	33,4	31,6

* à périmètre constant.

Note : les chiffres présentés sont des arrondis, ce qui explique que certains totaux ne sont pas égaux à la somme des chiffres tels qu'affichés.

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

Par construction, les dépenses médico-sociales, constituées de dotations budgétaires, sont pilotables et ne présentent pas de risque de dépassement. Leur mobilisation récurrente pour compenser les dépassements constatés sur d'autres sous-objectifs conduit à retarder la mise en œuvre des priorités de politique publique portées par la branche autonomie et intégrées à sa trajectoire de dépense : création de 50 000 postes dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), création de 50 000 nouvelles solutions pour les personnes en situation de handicap d'ici à 2030, mise en œuvre de la stratégie pour les aidants, etc.

Par ailleurs, la branche autonomie fait face à la situation financière dégradée des établissements, en particulier pour les EHPAD malgré une légère amélioration en 2024 : 51 % des établissements ont été déficitaires (58 % en 2023). Les plans de soutien engagés depuis 2023 ne seront pas reconduits en 2026. Dans le même temps, l'expérimentation en cours de la fusion des sections tarifaires des EHPAD visant à simplifier les canaux de financement, se traduit par une meilleure prise en charge des dépenses liées à la dépendance. Si elle est étendue, cette réforme conduira l'ONDAM à

financer la section « dépendance » aujourd’hui massivement déficitaire dans les budgets des établissements¹⁰¹.

Expérimentation de la fusion des sections tarifaires en EHPAD en 2025 et 2026

Cette expérimentation a consisté, dans les 23 départements volontaires, à regrouper les financements de la section « soins », relevant de l’assurance maladie, et de la section « dépendance », relevant de financements départementaux, à partir du 1^{er} juillet 2025. Cette simplification s’est traduite en 2025 par un élargissement du périmètre de l’ONDAM de 286 M€. L’effet de cette mesure en année pleine (575 M€) est intégré à l’ONDAM 2026, comme une mesure de périmètre.

La réforme n’est pas neutre sur le solde de la sécurité sociale. La direction générale de la cohésion sociale estime le surcoût, net des compensations versées par les départements, à 170 M€ en année pleine pour l’expérimentation, qui porte sur 19 % des places en EHPAD.

Si le choix d’une généralisation à davantage d’établissements était retenu, des incertitudes demeurerait quant à sa faisabilité dès 2027. L’estimation du coût pourrait évoluer selon les conditions de reprise de recettes auprès des départements, l’évolution du nombre de personnes dépendantes, le niveau moyen de dépendance et les éventuels coûts de gestion liés à la généralisation de la réforme.

La branche autonomie déploiera deux nouveaux modèles de financement des établissements médico-sociaux entraînant des engagements financiers au-delà de 2027, avec des impacts variables selon les scénarios de déploiement retenus mais dont on peut estimer le coût cumulé à 0,8 Md€. Le premier concerne la généralisation de la fusion des sections tarifaires des EHPAD. Le second, dit Sérafin PH, réforme le financement des établissements et services dans le champ du handicap pour une entrée en vigueur prévue à compter du 1^{er} janvier 2027¹⁰².

E - Les autres sous-objectifs en sous-exécution

Le cinquième sous-objectif de l’ONDAM regroupe le fonds d’intervention régional (FIR) et le soutien national à l’investissement (SNI),

¹⁰¹ Voir le chapitre X « Une branche autonomie aux leviers insuffisants pour faire face à des enjeux démographiques cruciaux » du rapport 2025 sur l’application des lois de financement de la Sécurité sociale, Cour des comptes.

¹⁰² Article 90 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

à travers le fonds de modernisation des établissements de santé (FMIS). La LFSS pour 2025 avait prévu une quasi-stabilité de son montant, avec une hausse de 0,4 Md€ de l'enveloppe du FIR, compensée par l'arrivée à échéance et la réduction de crédits « Ségur et assimilés » du FMIS (– 0,4 Md€), notamment sur l'investissement en faveur des établissements et services médico-sociaux. Le sous-objectif est en sous-exécution de 0,2 Md€ en raison de l'annulation de crédits mis en réserve.

Le sixième sous-objectif, qui regroupe principalement des dépenses pour les Français à l'étranger ainsi que les dépenses médico-sociales non couvertes par la CNSA, affiche une légère sous-exécution¹⁰³ de 0,1 Md€.

III - La nécessité d'une trajectoire plus exigeante de l'ONDAM

L'ONDAM 2026 a été voté à 274,4 Md€, en progression de 3,1 % (3,3 % en prenant en référence le constat provisoire de l'ONDAM 2025). Il devrait rester, cette année encore, nettement plus dynamique que le PIB en valeur (+ 2,2 %¹⁰⁴). La LFSS pour 2026 comprend une trajectoire sur 2027-2029 selon laquelle l'ONDAM croîtrait de 2,9 % par an.

A - Une construction de l'ONDAM 2026 dans la continuité de 2025

1 - Une réduction des mesures nouvelles

La construction de l'ONDAM 2026 s'appuie sur une dynamique spontanée des dépenses de 3,4 %, y compris 0,9 Md€ de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude, comme en 2025. S'y ajoutent 0,2 Md€ de dépenses dont le principe a été décidé antérieurement¹⁰⁵ et 3,5 Md€ de mesures nouvelles (5,2 Md€ dans l'ONDAM 2025). La réduction du volume de ces dernières va dans le sens des recommandations de la Cour¹⁰⁶.

¹⁰³ Le rythme de présentation des dettes internationales, qui varie d'un pays à l'autre et d'une année à l'autre, est irrégulier.

¹⁰⁴ Prévision du Gouvernement d'avril 2026, dans le cadre du rapport annuel d'avancement 2026. La prévision du PLF et du PLFSS pour 2026 était de 2,5 %.

¹⁰⁵ + 0,7 Md€ pour compenser une nouvelle hausse de 3 points des cotisations CNRACL, prévue par le décret n°2025-86 du 30 janvier 2025, – 0,5 Md€ d'arrivée à terme de financements du Ségur de la santé investissements.

¹⁰⁶ Cour des comptes, *L'ONDAM – Maîtriser sa progression en veillant à la qualité des soins*, avril 2025.

Les mesures nouvelles se décomposent en 1,3 Md€ pour les soins de ville (dont 0,9 Md€ de revalorisations conventionnelles), 1,2 Md€ pour les établissements de santé (ce qui permettrait de stabiliser en moyenne les tarifs), 0,6 Md€ pour le médico-social, et 0,4 M€ pour le fonds d'intervention régional.

Tableau n° 19 : ONDAM 2026 par sous-objectif (en Md€)

	ONDAM 2026	ONDAM 2025 en LFSS 2026*	Constat provisoire ONDAM 2025*
<i>Soins de ville</i>	117,5	113,8	113,6
<i>Établissements de santé</i>	112,8	109,2	109,1
<i>Médico-social</i>	34,3	33,4	33,3
<i>Dont personnes âgées</i>	18,3	17,7	17,7
<i>Dont personnes handicapées</i>	16,0	15,6	15,6
<i>FIR et SNI</i>	6,4	6,6	6,6
<i>Autres prises en charge</i>	3,3	3,2	3,2
ONDAM total	274,4	266,2	265,7

* Chiffres à champ constant, sur le périmètre de l'ONDAM 2026.

Source : direction de la sécurité sociale, calculs Cour des comptes

Par ailleurs, comme en 2025, 1,1 Md€ de mises en réserve ont été prévues en 2026, dont 0,6 Md€ sur les établissements de santé et 0,2 Md€ sur les établissements et services médico-sociaux. Le reste se répartit entre les autres sous-objectifs.

2 - Des économies à la réalisation incertaine

Les économies prévues dans la LFSS (4,4 Md€) sont de deux ordres. D'une part, elles consistent, pour 3,4 Md€, en des mesures de régulation et de maîtrise des tarifs, dont 1,6 Md€ de baisses de prix sur les produits de santé, 0,7 Md€ d'efficience dans les établissements de santé et 0,4 Md€ de montée en charge des protocoles de maîtrise des dépenses d'imagerie, de transports sanitaires et taxis. D'autre part, elles concernent des transferts aux assurés et complémentaires santé pour 1 Md€, notamment l'effet en année pleine de l'abaissement du plafond des indemnités journalières maladie (0,5 Md€) et la hausse de certains forfaits hospitaliers, pris en charge par les complémentaires santé ou les assurés (0,4 Md€).

Comme le souligne le comité d'alerte dans son avis du 20 avril 2026, les économies qui reposent sur la poursuite d'efforts continus (bon usage des médicaments, efficience dans les établissements de santé et médico-sociaux, maîtrise médicalisée, lutte contre la fraude, etc.) demeurent incertaines et sont, pour une part d'entre elles, mal ou pas mesurées *ex post*.

D'autres mesures soulèvent des interrogations. L'objectif concernant les transports de patients, fixé à 300 M€ sur la période 2025-2027¹⁰⁷, repose sur la mise en œuvre de protocoles de régulation, le développement du transport partagé et l'amélioration de la pertinence des prescriptions. Le rendement de cette mesure en 2026 dépendra des négociations prévues entre le CNAM et les transporteurs. Par ailleurs, le comité d'alerte a identifié 250 M€ d'économies à risque en raison de l'abandon de mesures sur les rémunérations de professionnels de santé, de retards dans l'application du plan de bon usage des médicaments, et du report au 1^{er} octobre 2026 de l'entrée en vigueur de l'instauration d'un ticket modérateur de 15 %¹⁰⁸ sur les médicaments à service médical rendu faible utilisés par les assurés en affection longue durée.

En sens inverse, la LFSS a révisé le mécanisme de la clause de sauvegarde : elle réduit les risques de contentieux avec les entreprises pharmaceutiques liés à la clause et transfère son rendement vers une contribution supplémentaire¹⁰⁹. Un mécanisme de sauvegarde simplifié et individualisé est conservé, permettant de contenir un éventuel dérapage de la dépense de médicament.

3 - Les risques d'exécution pour l'ONDAM en 2026

La construction de l'ONDAM 2026 s'appuie sur une dynamique spontanée estimée à 3,4 %. Elle est en apparence plus élevée qu'en 2025 (2,8 %) mais identique une fois corrigée de l'effet des jours ouvrés : cette hypothèse ne tire pas les conséquences des évolutions constatées en 2025.

La progression des indemnités journalières est estimée à 5,6 % dont 2,1 % d'effet-prix et 3,4 % d'effet-volume. Comme le relève le comité d'alerte, l'effet-volume est plus élevé que celui retenu dans la construction de l'ONDAM en 2025 (1,5 %), mais un peu inférieur à celui observé cette même année (3,7 %). L'effet-prix se verra majoré par la revalorisation du SMIC en cours d'année, même si l'effet sera faible en 2026.

Pour le sous-objectif des établissements de santé, l'activité MCO des établissements publics et privés non lucratifs devrait progresser de 2,7 %. Cette prévision reste fragile, compte tenu du caractère encore incertain du rattrapage post-crise sanitaire (cf. *supra*, graphique n° 5). Par ailleurs, le ressaut attendu d'inflation en 2026 devrait n'avoir qu'un impact

¹⁰⁷ Article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

¹⁰⁸ Décret n°2026-285 du 16 avril 2026.

¹⁰⁹ Par l'instauration d'une nouvelle tranche supplémentaire à la contribution définie à l'article L.245-6 du code de la sécurité sociale, et prévue à 1,6 Md€ pour 2026.

limité sur les dépenses d'énergie en 2026¹¹⁰. L'effet sur les déficits hospitaliers devrait surtout venir de la hausse attendue du SMIC en juin. Il pourrait être plus fort en 2027.

S'agissant des risques sur l'exécution en 2026, le comité d'alerte, dans son avis du 20 avril 2026, note qu'« *un dépassement du montant global de l'ONDAM qui n'irait pas jusqu'à atteindre le seuil d'alerte ne peut être exclu, en raison de la probabilité notable que présente un dépassement du sous-objectif des soins de ville, à défaut d'un encadrement adéquat.* »

B - À partir de 2027, des perspectives défavorables qui exigent de mettre en place des économies structurelles pour freiner la dépense

La LFSS pour 2026 présente une trajectoire pluriannuelle pour les années 2027 à 2029 dont la portée est indicative mais qui fournit une référence s'inscrivant dans la trajectoire d'ensemble des finances publiques. L'ONDAM progresserait de 2,9 % par an mais les mesures sous-jacentes permettant de tenir ce rythme ne sont pas documentées. L'inflation attendue accroît l'incertitude quant au respect de la trajectoire.

Dans un tel scénario, l'ONDAM progresserait au rythme de la croissance économique mais cela ne permettrait pas de résorber les déficits de l'assurance maladie qui, dans le scénario annexé à la LFSS pour 2026, passerait de 13,8 Md€ en 2026 à 17,7 Md€ en 2029.

Des marges de progression existent pour maîtriser les dépenses incluses dans le champ de l'ONDAM. Cela supposerait de limiter encore le volume des mesures nouvelles, d'aller au-delà des mesures d'économies habituelles pour améliorer de façon structurelle l'efficacité de la dépense, notamment par la prévention et par la réorganisation de l'offre de soins des établissements publics, et de stabiliser la part de l'assurance maladie obligatoire dans le financement du système de santé¹¹¹. En mobilisant à moyen et à long terme l'ensemble de ces leviers, il est possible de ramener la progression de l'ONDAM à un rythme inférieur à la croissance économique pendant une période d'ajustement des comptes, et contribuer à rétablir à l'horizon de 2030 l'équilibre des comptes de la sécurité sociale, tout en veillant à la qualité de la prise en charge et en mettant en place les politiques permettant une maîtrise durable des dépenses du champ de l'ONDAM.

¹¹⁰ La plupart des établissements ont des contrats d'approvisionnement en énergie qui ne s'ajustent pas en cours d'année sur les prix de marché.

¹¹¹ Cour des comptes, *L'ONDAM - Maîtriser sa progression en veillant à la qualité des soins*, avril 2025, op. cité.

CONCLUSION

Le respect de la cible de dépense 2025 a reposé sur la mobilisation d'économies importantes en cours d'année et sur la solidarité entre sous-objectifs au profit des dépenses de soins de ville. Les premiers mois d'exécution de l'ONDAM 2026 présentent une physionomie assez similaire : des économies ambitieuses nécessitant un pilotage étroit et des mises en réserve importantes, fortement susceptibles d'être gelées dans les prochains mois. Le respect de la norme de dépense peut ainsi être assuré à court terme mais cela ne doit pas occulter la nécessité de résorber les déséquilibres structurels persistants, au premier rang desquels figure la dégradation de la situation financière des hôpitaux, point de fuite de l'ONDAM.

Au-delà de 2026, le vieillissement de la population, la progression des maladies chroniques et le coût croissant de l'innovation dans les médicaments, sont autant de facteurs susceptibles d'accélérer la dynamique des dépenses. Dans ce contexte, préserver la soutenabilité de l'ONDAM sans dégrader les conditions de prise en charge suppose d'explorer des leviers plus innovants : améliorer les parcours de soins dans une démarche territoriale, instaurer des mécanismes de régulation spécifiques au champ des soins de ville, mieux cibler la régulation des produits de santé selon le niveau de service médical rendu, réinterroger la répartition des prises en charge entre assurance maladie obligatoire, organismes complémentaires, employeurs et assurés¹¹².

¹¹² Voir les travaux de la Cour sur les mesures à mettre en œuvre pour infléchir durablement la progression des dépenses d'assurance maladie, cités au III-B-1 du chapitre I de ce rapport, et la recommandation n° 2 du chapitre III, relative à la nécessité de « définir et étayer une trajectoire pluriannuelle de l'ONDAM en explicitant (...) les actions et réformes structurelles du système de soins à mener ».

Chapitre III

**L'ONDAM, un outil de régulation
des dépenses de santé nécessaire
et à renforcer**

PRÉSENTATION

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été institué, il y a trente ans, par la loi organique du 22 juillet 1996. Voté chaque année par le Parlement en loi de financement de la sécurité sociale, il obéit à deux fonctions principales : « formaliser et solenniser un objectif cohérent avec les choix essentiels faits par le pays en matière de finances publiques au sens large ; constituer la référence et le cadre financier à l'intérieur duquel les politiques de maîtrise médicalisée et de régulation sectorielle doivent être mis en œuvre »¹¹³. Le cadre de régulation a été renforcé à plusieurs reprises, notamment par la mise en place du comité d'alerte de l'ONDAM en 2004.

Au cours des années 2010, l'ONDAM a permis de maîtriser l'évolution des dépenses d'assurance maladie, mais ce mécanisme a été mis en défaut depuis la crise sanitaire : la dynamique des dépenses est devenue « hors de contrôle »¹¹⁴. À l'avenir, une régulation sera d'autant plus nécessaire, compte tenu des enjeux de vieillissement de la population, de coût de l'innovation thérapeutique et de maîtrise des finances publiques. Il importe donc de rendre à l'ONDAM son rôle de pilotage des dépenses et d'orientation des choix collectifs, afin de mieux répondre à l'évolution des besoins de santé et de donner davantage de visibilité aux acteurs sur leurs ressources ou sur les perspectives financières de leur secteur.

Ce chapitre complète les analyses annuelles de la Cour sur les leviers de maîtrise des dépenses d'assurance maladie¹¹⁵. Il examine l'ONDAM en tant qu'outil de régulation des dépenses dans leur périmètre actuel¹¹⁶, et formule des propositions pour en améliorer l'efficacité.

Depuis 2020, l'ONDAM n'a plus permis une maîtrise suffisante des dépenses d'assurance maladie (I). Ses mécanismes de pilotage ont été affaiblis (II). Pour lui rendre sa crédibilité, il faut renforcer sa pluriannualité et sa gouvernance, et disposer de leviers de régulation sectoriels plus complets et plus efficaces (III).

¹¹³ Rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, dirigé par M. R. Briet, mai 2010.

¹¹⁴ Cour des comptes, « Des dérives continues dans l'exécution de l'ONDAM, un pilotage efficace à retrouver », rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2025, chapitre II.

¹¹⁵ Cour des comptes, *L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) : maîtriser sa progression en veillant à la qualité des soins*, avril 2025.

¹¹⁶ Pour une analyse du périmètre de l'ONDAM, voir Cour des comptes, « Les dépenses d'assurance maladie, une régulation à rénover », rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2021, chapitre III.

Définition de l'ONDAM

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), voté chaque année en loi de financement de la sécurité sociale (article LO 111-3-5 du code de la sécurité sociale), est aujourd'hui structuré en six sous-objectifs : (1) soins de ville (honoraires médicaux et paramédicaux, produits de santé, examens médicaux prescrits, indemnités journalières, transports sanitaires, etc.) ; (2) établissements de santé ; (3) établissements médico-sociaux pour personnes âgées et (4) pour personnes en situation de handicap ; (5) fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement¹¹⁷ ; (6) autres prises en charge¹¹⁸. Ses dépenses sont estimées à 265,9 Md€ en 2025. Leur répartition par sous-objectifs est donnée dans le graphique n° 1 du chapitre II du présent rapport.

En 2025, l'ONDAM recouvre 88,5 % des dépenses de la branche maladie, 78,7 % de celles de la branche autonomie et 39,7 % de celles de la branche accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP). Les prestations légales de ces branches non prises en compte sont les indemnités journalières maternité, les pensions d'invalidité et les capitaux décès pour la branche maladie, les prestations d'incapacité permanente pour la branche AT-MP et les allocations pour la branche autonomie. Les transferts aux départements de cette dernière branche ne sont pas non plus pris en compte.

Entre l'ONDAM voté en loi de financement initiale et le constat définitif, plusieurs étapes interviennent : l'objectif initial peut être modifié dans une loi de financement rectificative ou dans celle pour l'année suivante ; en exécution, un ONDAM provisoire est publié au printemps de l'année suivante, fondé sur les comptes des branches de la sécurité sociale ; il peut toutefois être encore corrigé après cette clôture comptable, le chiffre définitif d'exécution n'étant connu qu'en année n+2. Ainsi l'ONDAM 2024 définitif n'est connu que depuis le 15 avril 2026.

I - Depuis 2020, une maîtrise insuffisante de la dynamique des dépenses de santé

Entre 2020 et 2025, les dépenses de santé dans le champ de l'ONDAM ont fortement augmenté. Elles sont soumises de façon

¹¹⁷ Fonds à disposition des agences régionales de santé qui finance des actions et des expérimentations dans le cadre de leur stratégie régionale (promotion de la santé, prévention, coordination et permanence des soins, qualité et sécurité, efficience, etc.).

¹¹⁸ Elles incluent essentiellement les dotations de l'assurance maladie à ses opérateurs et les soins à l'étranger des assurés des régimes français.

structurelle à la pression exercée par le vieillissement de la population et par le progrès technique. Elles ont subi, en outre, le choc conjoncturel de la crise covid et les effets plus durables de la crise inflationniste, en 2022-2023, et de la mise en œuvre du Ségur¹¹⁹ de la santé à partir de 2020. La dépense relevant de l'ONDAM a ainsi augmenté plus rapidement que le revenu national, en l'absence de mesures d'efficacité suffisantes pour infléchir cette dynamique.

La période récente se caractérise aussi par une incapacité à assurer une exécution de la dépense conforme aux objectifs votés. À l'exception de 2025, il n'a pas été pris en cours d'année de mesures pour limiter les dérapages et sécuriser l'exécution.

A - Une dépense qui croît désormais plus rapidement que la richesse nationale

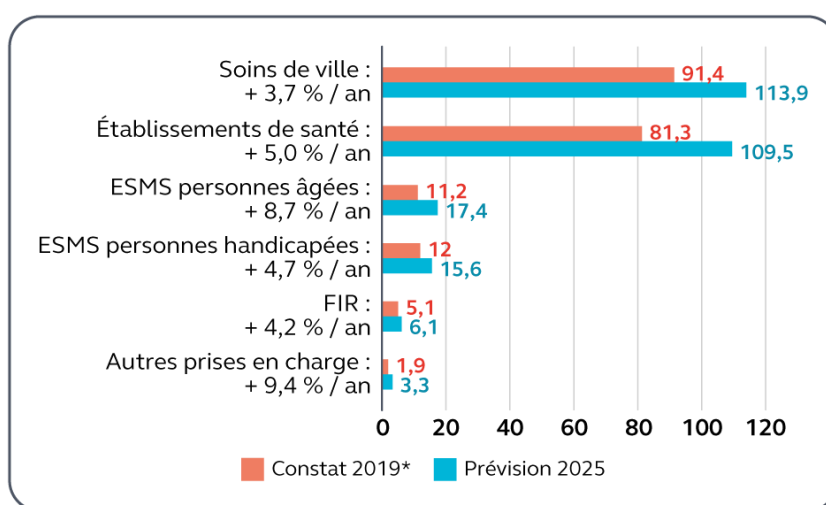
De fin 2009 à fin 2019, le taux de progression annuel moyen en exécution de l'ONDAM était de 2,3 % par an, équivalent à celui du produit intérieur brut (PIB) en valeur aux prix courants. Les branches de sécurité sociale qui supportaient cette dépense étaient alors revenues quasiment à l'équilibre : - 1,5 Md€ pour la branche maladie, + 1 Md€ pour la branche accidents du travail – maladies professionnelles en 2019.

Après 2019 et jusqu'en 2025, les évolutions annuelles sont devenues plus difficiles à suivre. Il est donc préférable de comparer directement le montant des dépenses finales constatées en 2019 à celles, provisoires, de 2025, telles qu'établies par la commission des comptes de la sécurité sociale en octobre 2025, sans considérer les années intermédiaires. Une telle approche permet d'ignorer les coûts transitoires associés à la pandémie de covid, devenus résiduels depuis 2024 (moins de 400 M€ par an). Elle prend aussi en compte le choc inflationniste de 2022-2023, dont les effets sur l'ONDAM ont été constatés pour partie avec un décalage dans le temps : le ressaut de l'inflation postérieur à l'invasion de l'Ukraine, en 2022 et en 2023, a conduit à des revalorisations de traitements, salaires et honoraires médicaux, et à une augmentation des coûts d'achat, intégrés dans les dépenses remboursées par l'assurance maladie.

¹¹⁹ Accords signés par l'État avec les représentants syndicaux et professionnels du secteur de la santé et des EHPAD le 13 juillet 2020. Les 33 mesures consacrent notamment des hausses de rémunérations et un plan d'investissement dans le système de santé.

Sur une telle période, les conséquences des transferts entre sous-objectifs ou des modifications du périmètre de l'ONDAM¹²⁰ doivent être neutralisées pour des comparaisons homogènes, ce qui a été fait dans le graphique ci-dessous.

Graphique n° 10 : évolution de l'ONDAM par sous-objectifs entre 2019* et 2025 (en Md€ et en pourcentage annuel moyen)



* au périmètre de 2025

Note : ESMS = établissements et services médico-sociaux ; FIR = fonds d'intervention régional
Sources : comité d'alerte du 15 avril 2021 et commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2025

Entre 2019 et 2025, le rythme moyen de progression de l'ONDAM a été de 4,7 % par an, contre 2,3 % pour la période 2010-2019. La croissance annuelle a été de 3,7 % pour les soins de ville, de 5,0 % pour les hôpitaux et de 6,6 % pour les établissements médico-sociaux.

La progression moyenne annuelle de l'ONDAM a été supérieure à celle du PIB en valeur entre 2019 et 2025 (4,7 % contre 3,3 %). La référence au PIB en valeur est utile car elle est représentative de l'évolution des ressources de l'assurance maladie. Elle permet aussi de neutraliser les effets de la forte inflation en 2022 et 2023, observables en recettes et en dépenses.

¹²⁰ Les deux principales modifications ont été la création de la branche autonomie en 2021, qui a conduit à l'intégration de 1,5 Md€ de crédits de la caisse nationale de soutien à l'autonomie (CNSA) dans l'ONDAM et la déconcentration de 1,9 Md€ de crédits d'établissements hospitaliers et médico-sociaux, transférés au sein du sous-objectif du fonds d'intervention régional en 2022.

Une croissance de l'ONDAM plus rapide que celle du PIB en valeur entraîne un creusement du déficit de la sécurité sociale. Sur la période de 2019 à 2025, l'écart cumulé est ainsi de 18,7 Md€, comparable au creusement du déficit des branches de la sécurité sociale qui portent l'ONDAM sur la période, creusement qui a atteint 17,5 Md€¹²¹.

Le facteur principal de cet écart a été le Ségur de la santé : pouvant être considéré pour partie comme un rattrapage de la décennie précédente, il a occasionné une charge supplémentaire de 12 Md€ pour l'assurance maladie et le médico-social, dont 10,9 Md€ de revalorisations salariales et 1,1 Md€ d'aides pérennes¹²². Le solde de l'écart entre progression de l'ONDAM et du PIB en valeur pour la période 2019-2025 atteint donc 6,7 Md€, soit 0,5 point de PIB par an.

Hors mesures pérennes du Ségur, la croissance des dépenses de l'ONDAM a été de 3,8 % par an. La plus importante a concerné les établissements médico-sociaux (4,5 %), essentiellement en raison de l'augmentation des moyens dévolus aux établissements pour personnes âgées (5,5 %). Pour les soins de ville, la hausse (3,7 %) a concerné toutes les catégories de dépenses (indemnités journalières, médicaments, honoraires, transports sanitaires, etc.).

La progression des dépenses du sous-objectif des établissements de santé (3,6 %) est en apparence un peu moins rapide. Ces dépenses correspondent à des produits dans la comptabilité des hôpitaux, qui bénéficient aussi de la progression des crédits du fonds d'intervention régional (0,8 Md€), au quatrième sous-objectif. La dépense des hôpitaux publics hors Ségur de la santé a, quant à elle, crû au rythme plus rapide de 4,1 % par an, ce qui explique en partie l'augmentation des déficits de 2,1 Md€ entre 2019 et 2025.

B - Une croissance structurelle des dépenses de santé

À long terme, la dépense de soins évolue en grande partie sous l'effet de la démographie et de la structure des dépenses par âge. La caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) a ainsi estimé que 71 % de la croissance des dépenses de santé entre 2015 et 2023 s'expliquait par

¹²¹ Le solde s'explique par des écarts en recettes de ces branches et, dans une moindre mesure, par des écarts en dépenses hors ONDAM.

¹²² PLFSS pour 2026, annexe n°5 *ONDAM et dépenses de santé*. Le Ségur de la santé inclut aussi en 2024 1 Md€ de dépenses d'investissement immobilier et numérique, non pérennes.

l'augmentation des pathologies chroniques, devenues plus fréquentes avec le vieillissement de la population¹²³.

Les dépenses de santé sont aussi tirées par le progrès technique, notamment pour les médicaments. Les dépenses nettes de médicaments anti-cancéreux après remises passeraient de 2,4 Md€ en 2022 à 7 Md€ en 2028, soit un rythme de croissance de 20 % par an, du fait du développement rapide de nouveaux traitements innovants mais coûteux¹²⁴. À cela s'ajoutent les conséquences des efforts de sécurisation des approvisionnements, qui visent à lutter contre le phénomène de délocalisation observé ces dernières années mais qui peuvent renchérir le coût des produits.

La direction de la sécurité sociale a estimé l'évolution spontanée des dépenses de soins de ville et hospitaliers en volume entre 1,2 % et 1,35 % par an jusqu'en 2030¹²⁵. Cette progression se décompose entre un effet démographie (0,9 %, évolution de la pyramide des âges à dépense constante par classe d'âge) et un effet lié à l'augmentation du nombre de personnes dans leur dernière année de vie (0,3 %)¹²⁶. Une dernière cause (0,15 %) est l'augmentation de la consommation de soins à âge donné mais celle-ci est minorée, dans une proportion mal connue, par le relèvement de l'espérance de vie en bonne santé.

Aux dépenses de soins, il faut ajouter la hausse du coût de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, à domicile et dans les établissements médico-sociaux, qui progressera beaucoup après 2030, du fait du vieillissement des générations issues du *baby-boom*¹²⁷.

En contrepartie, une meilleure efficience de la dépense de soins doit être recherchée. Les moyens d'action, détaillés par la Cour¹²⁸, passent par un renforcement de la coordination entre soins de ville et hospitalisations

¹²³ CNAM, *Améliorer la qualité du système de de santé et maîtriser les dépenses, propositions de l'assurance maladie pour 2026*, juillet 2025.

¹²⁴ Cour des comptes, « Les médicaments anti-cancéreux : mieux réguler en préservant un accès rapide aux traitement innovants », *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2024*, chapitre VI. Voir aussi le rapport de la CNAM, *Médicament : 10 ans d'évolutions majeures et une prise en charge renforcée par l'assurance maladie*, janvier 2026.

¹²⁵ *Détermination à moyen terme de l'évolution tendancielle de l'ONDAM*, mai 2024.

¹²⁶ Les soins les plus coûteux sont, en moyenne, concentrés en fin de vie, quel que soit l'âge du décès.

¹²⁷ Cour des comptes, « Une branche autonomie aux leviers insuffisants pour faire face à des enjeux démographiques cruciaux », *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2025*, chapitre X.

¹²⁸ *L'ONDAM, maîtriser sa progression en veillant à la qualité des soins*, avril 2025.

et une réforme de leur organisation sur le territoire reposant sur des parcours plus courts mais mieux articulés, une amélioration de la pertinence des prescriptions et le développement des médicaments génériques.

C - Des dépassements systématiques de l'objectif jusqu'en 2024

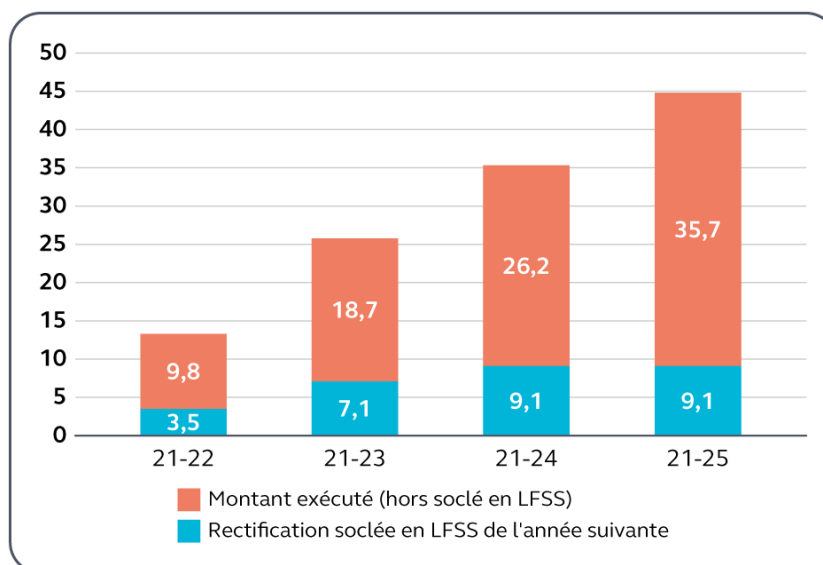
Entre 2013 et 2019, les dépenses en exécution étaient, chaque année, en ligne avec les objectifs d'ONDAM votés. De 2013 à 2016, des dépassements ont été constatés sur le sous-objectif des soins de ville, compensés par des gels et des annulations de crédits aux hôpitaux publics. De 2017 à 2019, les objectifs ont été atteints pour chacun des sous-objectifs, sans plus nécessiter d'annulations de crédits par ailleurs.

De 2020 à 2024 au contraire, les objectifs initialement assignés en loi de financement initiale n'ont jamais pu être tenus, le Sénat évoquant un « *biais optimiste* » systématique¹²⁹. Au départ, cette incapacité a été due aux turbulences liées à la pandémie de covid mais elle a perduré après la fin de la crise.

Comme le montre le graphique ci-dessous, les dépassements de l'ONDAM sont pris en compte dans le socle de dépenses de l'exercice suivant (ou « soclés »), ce qui conduit à consolider la dynamique des dépenses. Ainsi, de 2022 à 2025, le cumul des dépassements de l'ONDAM non décidés en loi de financement initiale, mais constatés en cours d'année pour être intégrés à la dépense de l'année suivante s'est élevé à 9,1 Md€, soit 20 % de la hausse de l'ONDAM sur la période.

¹²⁹ Rapport d'information au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales du Sénat sur *Les évolutions envisageables du financement de la protection sociale*, septembre 2025.

Graphique n° 11 : progression cumulée de l'ONDAM exécuté par rapport à son niveau 2021, hors crise sanitaire* (en Md€)



* Les dépenses de crise sanitaire covid ont été réintégrées depuis 2024. Pour 2025, l'exécution est arrêtée à son montant estimé en LFSS pour 2026.

Note de lecture : l'augmentation cumulée des dépenses d'ONDAM de 2021 à 2025 a pour sources 35,7 Md€ décidés en lois de financement initiales et 9,1 Md€ rectifiés en cours d'année et soclés les années suivantes.

Sources : PLFSS pour 2023, 2024, 2025 et 2026, annexe n°5.

Ces dépassements ont été causés en 2022 et en 2023 pour 5,6 Md€ par des revalorisations salariales décidées en cours d'année et, depuis 2023, pour 3,5 Md€ par la prise en compte d'une dynamique plus rapide qu'attendue des soins de ville, notamment pour les indemnités journalières et le médicament.

Par ailleurs, contrairement aux dépassements constatés avant le vote de la LFSS de l'année suivante, les dépassements constatés postérieurement ne sont pas « soclés ». Ils ont atteint 0,2 Md€ sur les soins de ville en 2022 et en 2023. Inversement, en 2024, la dépense a été inférieure de 500 M€ à la prévision de la LFSS de l'année suivante, qui avait estimé un dépassement trop fort (2 Md€) pour les soins de ville.

II - Des mécanismes de pilotage mis en défaut

L'enjeu de la régulation des dépenses d'assurance maladie est d'articuler la dimension macroéconomique d'un objectif global défini par l'ONDAM avec des leviers plus granulaires ou sectoriels, permettant d'agir sur les comportements d'une multitude d'acteurs dans l'offre et la demande de soins. Pour cela, le cadre actuel de la régulation fait intervenir trois horizons temporels : pluriannuel, annuel et infra-annuel.

Le cadre pluriannuel vise à mettre les objectifs financiers en cohérence avec les priorités sanitaires et les tendances de fond des dépenses de santé, en lien avec le vieillissement de la population et les innovations en santé. La dimension annuelle est la pierre angulaire du pilotage du système : un objectif est voté par le Parlement en loi de financement, décomposé en sous-objectifs sectoriels, et les moyens d'action pour l'atteindre (mesures nouvelles, économies) sont définis. Enfin, le cadre infra-annuel est celui du pilotage opérationnel des dépenses, notamment en cas de risque avéré de dépassement des objectifs fixés. Il mobilise l'application de leviers propres aux différents secteurs (négociations conventionnelles, tarifs, régulation prix-volume, maîtrise médicalisée, etc.).

Depuis la crise sanitaire, ces trois niveaux de régulation n'ont plus été mis en œuvre de façon efficace.

A - Une trajectoire pluriannuelle inopérante

Les lois de programmation des finances publiques (LPFP), mises en place à la suite de la réforme constitutionnelle de 2008, établissent une trajectoire pluriannuelle d'ensemble des finances publiques, cohérente avec nos engagements européens d'équilibre à moyen terme. Cette trajectoire n'a pas de valeur contraignante pour les lois de finances, ni pour les lois de financement, mais elle sert en principe d'ancrage aux finances publiques à moyen terme.

Dans les LPFP, l'ONDAM pluriannuel figure au sein du sous-secteur des administrations de sécurité sociale¹³⁰. La loi de programmation 2023-2027¹³¹ a ainsi fixé ses montants annuels maximaux en euros courants pour chaque exercice et détaillé les taux maximaux d'évolution de ses sous-

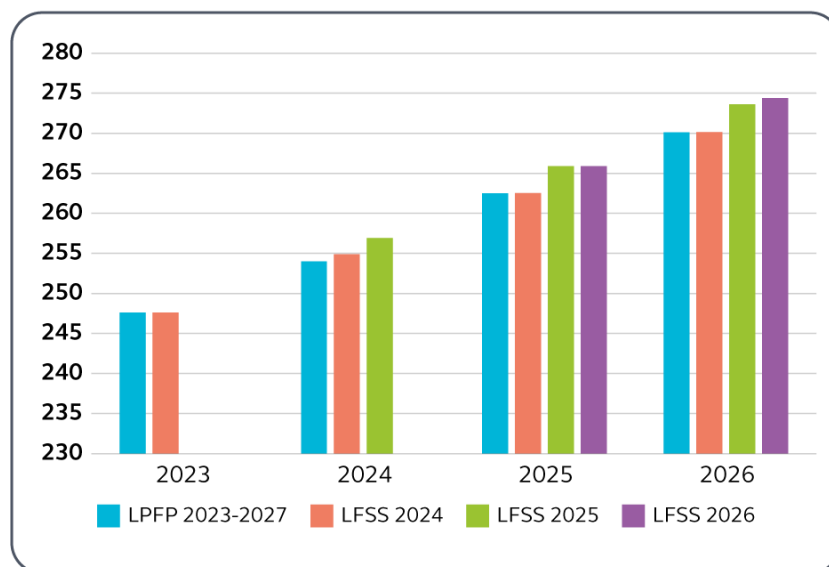
¹³⁰ Article 1-B-3° de la loi organique relative aux lois de finances, résultant de la loi organique du 28 décembre 2021.

¹³¹ Loi n°2023-1195 du 18 décembre 2023 de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027.

objectifs pour la période. Séparément, un rapport annexé aux lois de financement de la sécurité sociale est soumis chaque année au vote du Parlement. Il décrit la trajectoire à quatre ans de l'ONDAM en pourcentage.

Les trajectoires formulées dans la LPFP et dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 étaient cohérentes à la date de leur vote mais elles ont rapidement divergé. Dès la première année d'application de la LPFP, l'ONDAM 2024 rectifié dans le PLFSS 2025 était prévu en dépassement de 2 Md€. La trajectoire pluriannuelle de la LFSS a été modifiée sur cette nouvelle base, rendant caduc l'objectif fixé. En outre, la progression de l'ONDAM prévue dans les lois de financement pour 2025 et 2026 est plus élevée que celle envisagée en LPFP : l'écart cumulé avec l'objectif initial de la LPFP atteint 4,3 Md€ en 2026.

Graphique n° 12 : ONDAM pluriannuel en LPFP et en LFSS, 2023-2026 (en Md€)



Source : LPFP 2023-2025, LFSS 2024, 2025 et 2026

La LPFP en cours d'application ne constitue ainsi qu'une référence lointaine, déconnectée du processus opérationnel d'élaboration des LFSS, et non contraignante pour les objectifs fixés chaque année¹³². Il en va de même pour la trajectoire à quatre ans annexée à la loi de financement : elle

¹³² Le rapport annexé à la LFSS ne fait que constater chaque année les écarts à la LPFP, notamment concernant les dépenses d'assurance maladie.

a été rehaussée chaque année en fonction des prévisions de la loi de financement de l'année.

Le contenu même des LPFP s'est appauvri, même si les objectifs sont désormais détaillés par sous-secteurs. La loi pour 2018-2022 faisait référence à une évolution tendancielle de 4,5 % par an et à un effort nécessaire d'économie de 4,2 Md€ par an pour atteindre un objectif annuel fixé à 2,3 %. La LPFP 2023-2027 a abandonné cette décomposition et relève l'objectif annuel de 2,3 % à 2,9 % sans expliciter pourquoi.

Enfin, dans les documents transmis au Parlement, aucune relation n'est explicitement établie entre la trajectoire et les déterminants épidémiologiques, démographiques ou économiques des dépenses de santé. Au total, en l'absence d'un cadrage financier documenté et crédible à moyen terme, l'évolution de l'ONDAM a manqué d'un ancrage au cours des années récentes.

B - La construction de l'ONDAM annuel : une transparence insuffisante

La présentation des objectifs de l'ONDAM ne permet pas de correctement apprécier les facteurs qui influent sur l'augmentation de la dépense. Les éléments essentiels à la compréhension de sa construction et de son suivi ne sont pas toujours exposés de façon transparente et ne permettent pas d'apprécier le réalisme des hypothèses retenues, notamment dans les documents transmis au Parlement.

1 - Une présentation peu claire

L'ONDAM est présenté chaque année, dans l'annexe n°5 du projet de loi de financement, en trois blocs. Le premier ((1) dans le tableau ci-dessous) décrit l'évolution spontanée des dépenses, en l'absence de toute mesure additionnelle. Il inclut un objectif de rendement annuel de mesures de maîtrise médicalisée des dépenses et de lutte contre la fraude (cf. *infra*), fixé à 900 M€ ces dernières années. Le deuxième (2) recense les dépenses additionnelles qui sont la conséquence de décisions telles que les mesures catégorielles en faveur des professionnels de santé ou le financement d'actions comme la création de places dans les établissements médico-sociaux. Ce deuxième bloc inclut les mesures nouvelles proposées au vote du Parlement mais aussi l'effet pour l'année à venir de mesures décidées antérieurement. Les deux blocs constituent l'enveloppe globale des soins à financer et son évolution dite tendancielle. Le troisième bloc (3) est constitué des économies à réaliser pour atteindre la cible d'ONDAM fixée en loi de financement.

**Tableau n° 20 : construction de l'ONDAM hors covid en LFSS
(montants en Md€, évolutions en %)**

	2023	2024	2025	2026
<i>ONDAM en LFSS (en Md€)</i>	244,1	254,9	265,9	274,4
Évolution = (1) + (2) + (3)	3,7 %	3,2 %	3,4 %	3,1 %
<i>Évolution tendancielle = (1) + (2)</i>	4,4 %	4,6 %	5,1 %	4,8 %
<i>dont spontané (1)</i>	2,4 %	2,8 %	2,8 %	3,4 %
<i>dont mesures nouvelles (2)</i>	2,0 %	1,8 %	2,3 %	1,4 %
Régulation et économies (3)	- 0,7 %	- 1,4 %	- 1,7 %	- 1,7 %

Note de lecture : Dans la LFSS pour 2025, la construction de l'ONDAM prévoit une évolution tendancielle de 5,1 % dont une croissance spontanée de 2,8 %. Les mesures nouvelles représentent 2,3 points de croissance de l'ONDAM. Le volume d'économies prévu (1,7 point de croissance de l'ONDAM) ramène la cible prévue en PLFSS à 3,4 %. Source : annexes n°5 des PLFSS 2023, 2024, 2025, 2026. Rapport à la CCSS de juin 2025.

La loi organique du 14 mars 2022 a enrichi le champ des informations à transmettre au Parlement dans les projets de lois de financement et d'approbation des comptes de la sécurité sociale. La construction de l'ONDAM n'est cependant pas aisée à appréhender de façon synthétique, ce qui ne facilite pas son suivi en exécution.

L'annexe n° 5 du PLFSS pourrait présenter un tableau de synthèse séparant l'effet des mesures nouvelles et des économies proposées de celles décidées antérieurement : ceci permettrait une meilleure articulation avec l'annexe n° 3 sur l'équilibre financier du PLFSS, qui comptabilise uniquement les mesures nouvelles et économies de l'année.

Il serait aussi souhaitable de standardiser cette présentation en distinguant les mesures qui relèvent d'actions sur les volumes de soins, sur les prix et tarifs, ou sur les modalités de prise en charge (modifications du panier de soins, des franchises et participations, transfert aux organismes complémentaires, etc.). À cet égard, le statut des mesures de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude comporte des ambiguïtés et devrait être clarifié : les économies associées sont intégrées dans la croissance spontanée des dépenses mais sont affichées dans la présentation des mesures d'efficience de l'annexe n°5 du PLFSS ; elles peuvent être confondues avec les économies du PLFSS, concernant par exemple le bon usage du médicament.

Le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, publié au moment de la présentation du PLFSS, présente une définition de l'ONDAM tendanciel pour l'année suivante différente de celle de l'annexe n° 5 : comme l'ensemble des prévisions présentées dans le rapport, il intègre le rendement des mesures et des économies déjà décidées mais non celui des

mesures nouvelles ni des économies proposées en PLFSS, qui ne sont pas encore votées. L'écart avec la cible d'ONDAM du PLFSS figure dans les tableaux d'équilibre de l'annexe n° 3 mais la cohérence de l'ensemble de ces informations mériterait d'être clarifiée dans l'annexe n° 5.

Enfin, pour le suivi de l'exécution, les documents actuels¹³³ ne permettent pas de discerner *a posteriori* ce qui relève d'erreurs de projection des évolutions spontanées, de la mise en œuvre des mesures nouvelles ou des économies. L'annexe du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (PLACSS) devrait comporter un bilan chiffré des mesures nouvelles et des économies réalisées au cours de l'année écoulée, homogène avec la présentation de la LFSS. Ceci est d'autant plus nécessaire que le poids des mesures nouvelles et des économies dans l'ONDAM a eu tendance à augmenter ces dernières années.

2 - L'évolution spontanée de la dépense : une construction opaque

La notion d'évolution spontanée n'est pas pertinente pour les compartiments de l'ONDAM qui relèvent d'enveloppes budgétaires¹³⁴. Elle s'applique aux dépenses non limitatives (soins de ville, tarification à l'activité dans les établissements de santé), qui varient en fonction du volume de soins consommés chaque année.

Concernant les soins de ville, l'annexe n° 5 du PLFSS présente l'évolution spontanée totale de la dépense ainsi que celle des principales composantes du sous-objectif¹³⁵. Les hypothèses de construction résultent d'une extrapolation des observations passées par des méthodes économétriques.

Les documents méthodologiques sont absents au ministère de la santé et à la CNAM. Les modèles utilisés et leurs résultats ne font pas l'objet de publications. Notamment, aucune indication n'est donnée sur leur précision et leur performance dans le passé, sur l'intervalle d'incertitude entourant les prévisions, ni sur l'importance du dire d'expert associé à ces prévisions. Après plusieurs années de dérapage des soins de ville en exécution, une clarification de la méthode et de la robustesse des prévisions serait nécessaire.

¹³³ Annexe du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale relative à l'ONDAM, rapports à la commission des comptes de la Sécurité sociale.

¹³⁴ Établissements médico-sociaux, subventions du fonds d'intervention régional par les agences régionales de santé (cinquième sous-objectif).

¹³⁵ Honoraires médicaux et dentaires, honoraires paramédicaux, laboratoires, transports, indemnités journalières, produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux), prise en charge des cotisations.

La prévision de l'évolution spontanée des soins de ville

Les hypothèses d'évolution spontanée des différents postes de dépenses sont obtenues à partir de modèles économétriques, estimés sur les observations passées. Les données mensuelles de base, labellisées par l'Autorité de la statistique publique, sont produites par la CNAM. Celle-ci détermine la tendance des volumes de soins après correction des effets de prix, du nombre de jours ouvrables dans l'année ou de facteurs ponctuels comme les épidémies de grippe. Les modèles, qui s'appuient sur les comportements passés pour prévoir le futur proche, présentent plusieurs inconvénients :

- l'horizon de la prévision du PLFSS, de 18 mois à deux ans, se situe à la limite de leur zone de pertinence ;
- ils ne relient pas les évolutions observées à des déterminants structurels identifiés comme le vieillissement de la population ou la démographie médicale ; les prévisionnistes doivent donc les compléter par des hypothèses *ad hoc* ou à dire d'expert qui mériteraient d'être mieux explicitées en présentation ;
- les séries doivent avoir des propriétés de stabilité dans le temps, non vérifiées dans la période récente pour les indemnités journalières, qui présentent des ruptures non expliquées avec la tendance antérieure.

En outre, le traitement de la maîtrise médicalisée soulève une question méthodologique. Depuis 2021, suivant une recommandation du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, ces économies sont incluses dans l'évolution spontanée des dépenses de soins de ville, et non plus dans les économies attendues de la loi de financement. Cependant, leurs montants sont estimés de façon volontariste en LFSS¹³⁶, ce qui altère la qualité de la prévision pour les soins de ville.

Concernant le sous-objectif des établissements de santé, l'estimation de l'évolution spontanée de la dépense s'appuie sur une prévision d'activité construite par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Cette prévision est ensuite convertie en hypothèses de charges¹³⁷. La chute de l'activité hospitalière pendant la crise sanitaire et le rythme de son rattrapage, inégal entre les hôpitaux publics et les cliniques privées, l'ont rendue plus incertaine.

¹³⁶ Cour des comptes, *RALFSS 2025* chapitre II, op. cité.

¹³⁷ Une règle dite du pouce établit ainsi qu'1 point d'activité supplémentaire induit 0,7 point de masse salariale supplémentaire. Cet ordre de grandeur s'appuie sur des études internationales anciennes.

À cet effet volume, sont ajoutés l'impact de l'inflation sur les charges courantes et les effets du glissement-vieillesse-technicité (GVT)¹³⁸ sur la masse salariale. Les méthodes de calcul utilisées pour la prévision du GVT, traditionnellement rudimentaires, ont été affinées par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2023 avec la mise en œuvre d'un nouvel outil de micro-simulation. Mesuré par ce nouvel outil et avec l'effet de la mise en place des mesures du Ségur, le GVT des hôpitaux a été significativement rehaussé par rapport à la période 2010-2020 (0,9 % par an au lieu de 0,5 %).

De façon analogue, la construction de l'ONDAM médico-social prend en compte un effet prix (inflation et GVT) pour projeter un taux de reconduction des moyens existants avant mesures nouvelles et économies potentielles. Toutefois, la DREES ne procède pas à une estimation du GVT des établissements médico-sociaux. Les hypothèses retenues sont celles du secteur hospitalier.

L'ATIH et la DREES ont élaboré des documents méthodologiques concernant les prévisions d'activité et le GVT, mais ceux-ci, internes aux administrations, n'ont pas été publiés. Les coefficients permettant de passer des prévisions d'activité aux charges hospitalières ne sont pas documentés. Enfin, jusqu'à cette année, aucune information n'était disponible sur le détail des hypothèses sous-jacentes à l'évolution des moyens des établissements hospitaliers et médico-sociaux. Le PLFSS 2026 a marqué un progrès en détaillant, pour la première fois, les hypothèses d'activité par catégories d'établissements¹³⁹ et de GVT retenues.

Enfin et surtout, les conséquences des erreurs de prévision, comme la réévaluation de l'estimation du GVT hospitalier, n'ont pas fait l'objet d'analyses rétrospectives. De même, l'activité hospitalière a été, selon le comité d'alerte, plus dynamique en 2025 que celle prévue dans le PLFSS, sans que ce point ne fasse l'objet d'une analyse dans les documents transmis au Parlement pour le PLFSS 2026. Une activité hospitalière plus dynamique que prévu entraîne une augmentation des dotations de l'assurance maladie, qui peut être compensée par des annulations de crédits aux établissements de santé. Ces mesures de régulation infra-annuelle peuvent toutefois aggraver les déficits des hôpitaux.

Il est donc nécessaire de revoir en profondeur la teneur des informations fournies aux parlementaires, aux parties prenantes et au grand public, avec une plus grande transparence de la construction de l'ONDAM, un retour systématique sur les prévisions et un lien mieux établi avec l'activité et les comptes des établissements.

¹³⁸ Effet de l'évolution de la masse salariale d'une administration publique lié au vieillissement des agents et à l'avancement de leur carrière.

¹³⁹ Médecine-chirurgie-obstétrique, soins médicaux et de réadaptation, psychiatrie.

C - Une régulation infra-annuelle insuffisante avant 2025

La surveillance de l'exécution de l'ONDAM est assurée par le comité d'alerte depuis 2004, dont le rôle a été affaibli pendant la crise sanitaire et, à son issue, par le choc inflationniste. Les leviers à mettre en œuvre en cas de dépassement sont insuffisants pour réguler la dépense.

1 - Un rôle du comité d'alerte affaibli pendant la crise sanitaire et le choc d'inflation

En cours d'année, la bonne exécution de l'ONDAM peut être menacée par une augmentation spontanée de la dépense plus rapide que celle initialement estimée pour certains sous-objectifs, par la sous-réalisation d'économies prévues ou par la prise de mesures nouvelles en cours d'année. Le comité d'alerte joue alors un rôle essentiel dans le pilotage de l'exécution de l'ONDAM.

Le comité d'alerte et la régulation de l'ONDAM

Composé du secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale, du directeur général de l'INSEE et d'une personnalité qualifiée, le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, dit comité d'alerte, rend, chaque année, trois avis, dont le deuxième, au plus tard le 1^{er} juin, porte sur le respect de l'ONDAM pour l'exercice en cours¹⁴⁰.

Si le comité d'alerte considère qu'il existe un risque sérieux de dépassement, il le notifie au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie. Le seuil d'alerte, fixé par décret¹⁴¹, est, depuis 2013, de 0,5 % de l'ONDAM, soit 1,3 Md€ en 2025.

Après le déclenchement de l'alerte, les caisses nationales doivent, dans le délai d'un mois, proposer des mesures de redressement au Gouvernement, qui décide ou non de les endosser et de les compléter. Le comité d'alerte rend ensuite un avis sur l'impact financier de ces mesures.

¹⁴⁰ Article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale.

¹⁴¹ Article D. 114-4-0-17 du code de la sécurité sociale. Le seuil, dont la loi prévoit qu'il ne peut être supérieur à 1 %, initialement de 0,75 % a été baissé à 0,5 % après le rapport Briet. La Cour a recommandé dans le RALFSS 2017 de le baisser à 0,2 %, recommandation non mise en œuvre.

Pendant la crise sanitaire, son rôle d'alerte a, de fait, été suspendu : en mai 2020, le risque de dépassement (13,8 Md€ au final) a été constaté par le comité mais il n'a pas été notifié, et n'a donc pas donné lieu à des propositions de mesures de redressement¹⁴² dans un moment critique de la vie de la Nation.

La loi de financement pour 2021 a suspendu toute obligation de proposer des mesures de redressement en réponse à un signalement par le comité d'un risque de dépassement sérieux (14,7 Md€ de dépassement au final). Les lois de financement pour 2022 à 2024 ont reconduit cette disposition mais pour les seuls dépassements liés à la crise sanitaire.

Le dépassement de l'exercice 2022 (10,2 Md€) n'a pas été notifié alors que 3,4 Md€ étaient sans lien avec la crise sanitaire. Il était dû à des mesures nouvelles, décidées en cours d'année par le Gouvernement, pour augmenter les dotations aux établissements hospitaliers et médico-sociaux, sans les inscrire au préalable dans une loi de financement rectificative¹⁴³.

En 2023, le dépassement hors crise (3,6 Md€) a été à nouveau dû majoritairement à des mesures salariales nouvelles en cours d'année, avalisées par la loi de financement rectificative portant réforme des retraites en avril et par la loi de financement pour l'année suivante. La part du dépassement non imputable à des mesures nouvelles a atteint 1,2 Md€, niveau voisin du seuil d'alerte. Celle-ci n'a toutefois pas été déclenchée.

En 2024, le risque de dépassement hors crise a été estimé en juillet par le comité à 0,9 Md€, soit un montant inférieur au seuil d'alerte. Le dépassement a finalement atteint 1,5 Md€ en raison d'une erreur d'estimation des remises versées par les entreprises pharmaceutiques, connue postérieurement aux avis du comité. Toutefois, la constatation, en octobre, a été trop tardive pour pouvoir déclencher l'alerte et mettre en œuvre des mesures compensatoires.

En 2025, face à la poursuite du dérapage des dépenses de soins de ville, le comité a, pour la première fois depuis 2007, déclenché l'alerte sans attendre, dans un avis du 18 juin 2025. Faisant suite aux propositions d'économies des caisses nationales d'assurance maladie, le Gouvernement a annoncé en juillet un plan d'économies de 1,74 Md€, sur lequel le comité d'alerte a rendu un avis

¹⁴² Avis du comité d'alerte n° 2020-2 du 30 mai 2020 et n° 2020-3 du 15 octobre 2020.

¹⁴³ Selon l'avis du comité d'alerte n° 2023-3 du 13 octobre 2023, ces dotations ont compensé l'accélération de l'inflation (2,3 Md€, dont 1,5 Md€ de mesures salariales générales), la majoration des heures de nuit et de garde pour les services d'urgence (0,7 Md€) et des mesures catégorielles pour la filière socio-éducative (0,4 Md€).

le 17 septembre 2025¹⁴⁴. La dépense a, finalement, été inférieure de 500 M€ à l'objectif de la loi de financement initiale pour la première fois depuis 2019¹⁴⁵.

2 - Des moyens de suivi et de régulation insuffisants

Le comité dispose de moyens étendus pour fonder ses avis : les services de l'État et les organismes de sécurité sociale sont tenus de lui communiquer les éléments d'information utiles ; il peut recourir à des experts et procéder à des auditions¹⁴⁶. En pratique toutefois, il est confronté, comme les administrations centrales, à la disponibilité tardive d'une grande partie des informations d'exécution.

Pour les soins de ville, le nombre des actes et les dépenses par catégories sont suivis mensuellement¹⁴⁷. Les coûts de médicaments, toutefois, dépendent de l'application des remises et de la clause de sauvegarde, dont les montants finaux sont déterminés en fin d'exercice, voire dans le cours de l'exercice suivant, et dont l'estimation présente des difficultés, comme l'a illustré le dépassement de l'ONDAM en 2024.

Pour les établissements de santé, seule l'activité fait l'objet d'un réel suivi infra-annuel. Les montants de crédits délégués dépendent de circulaires de la direction générale de l'offre de soins historiquement tardives, même si des progrès récents ont été constatés (cf. *infra*).

Une fois l'information connue sur le risque de dérapage, les leviers de régulation infra-annuelle sont de portée limitée et comportent des points de fuite. En 2025¹⁴⁸, une fois le risque de dépassement de 1,5 Md€ sur les soins de ville constaté, les mesures du plan d'action sur ce sous-objectif n'ont, ainsi, pas dépassé 750 M€¹⁴⁹. En complément, 680 M€ de dotations budgétaires ont été annulées sur les autres sous-objectifs¹⁵⁰. Comme l'a

¹⁴⁴ Comme l'indique l'avis, « 770 M€ d'économies sont certaines dans leur nature et leur montant » (baisses de dotations à caractère budgétaire) et « 755 M€ d'économies sont certaines dans leur nature et ont un montant probable ou vraisemblable ».

¹⁴⁵ Sur l'exécution de l'ONDAM 2025, cf. chapitre II du présent rapport.

¹⁴⁶ Articles D. 114-4-0-15 et D. 114-4-0-16 du code de la sécurité sociale.

¹⁴⁷ Les données en date de remboursement sont publiées en m+2, et en date de soins en m+4.

¹⁴⁸ Cf. chapitre II du présent rapport, op. cité.

¹⁴⁹ Report de mesures de revalorisation de tarifs de consultation (150 M€ en 2025), gel des tarifs de transport par taxi (30 M€) et application de baisses de prix à des produits de santé (575 M€).

¹⁵⁰ Crédits non encore délégués aux établissements de santé (267 M€), médico-sociaux (241 M€), à d'autres structures (57 M€), au FIR (60 M€) et à des opérateurs de l'État (54 M€). À ces montants, s'est ajouté un « surgel » de 50 M€ pour les crédits aux établissements médico-sociaux, qui n'ont pu faire l'objet d'aucune délégation en 2025.

relevé le comité d'alerte¹⁵¹, les mesures portant sur les hôpitaux risquent de conduire à une dégradation supplémentaire de leurs résultats financiers, même si le ministère a indiqué qu'elles ont porté sur des crédits dont la destination n'avait pas été encore définie.

Pour les établissements médico-sociaux, les crédits annulés après le déclenchement de l'alerte l'ont été aussi dans la LFSS pour 2026. Ces annulations, lorsqu'elles sont ainsi « soclées », peuvent être préjudiciables à la programmation des capacités d'accueil supplémentaires dans la durée, et ralentir leur rythme de montée en charge.

III - Rendre à l'ONDAM son rôle de pilotage et d'orientation stratégique des dépenses de santé

La perte de contrôle de l'ONDAM, au cours des années récentes, résulte moins d'une défaillance de l'outil lui-même que d'une volonté moins affirmée de respecter l'objectif, qui s'est traduite par un moindre recours aux mécanismes de régulation historiques. Instauré il y a trente ans avec un cadre de gouvernance renforcé au fil du temps, l'ONDAM reste un outil essentiel à l'élaboration des trajectoires de dépenses.

Compte tenu des enjeux de finances publiques et des défis structurels posés par le vieillissement de la population et par le coût de l'innovation thérapeutique, il est nécessaire de reprendre le contrôle de sa régulation et de lui redonner un rôle de pilotage des dépenses et d'orientation des choix collectifs en matière de santé. Ceci passe par le renforcement du cadre pluriannuel, une mise en cohérence des leviers sectoriels et une consolidation de la gouvernance.

A - Conforter le cadre de régulation pluriannuel

Face aux enjeux sanitaires et financiers dans les années à venir, le cadre pluriannuel est pertinent pour ancrer la trajectoire financière de l'ONDAM et mettre en cohérence la vision financière et les priorités de santé publique, avec des objectifs formulés de façon plus explicite, à l'adresse des acteurs du monde de la santé et des citoyens.

¹⁵¹ Avis n°2025-3 du 17 septembre 2025.

1 - Ancrer la trajectoire financière à moyen terme

Malgré sa complexité, l'ONDAM joue un rôle essentiel dans le cadrage de la trajectoire d'ensemble des finances publiques. Il couvre près d'un sixième de la dépense publique, dans un contexte où les nouvelles règles européennes sur le pacte de stabilité¹⁵² renforcent le rôle de cette dépense dans le pilotage global des finances publiques.

Le périmètre de l'ONDAM ne couvre pas la totalité des prestations légales servies par les trois branches dont les dépenses sont prises en compte. La définition de son champ comporte une part d'arbitraire au regard de la porosité de certaines catégories de dépenses, par exemple entre les prestations d'invalidité et les indemnités journalières maladie. Il est toutefois plus urgent de renforcer les instruments de pilotage de la dépense sur le périmètre actuel (cf. *infra*) que de procéder à son élargissement à d'autres dépenses.

La trajectoire d'ONDAM, telle que définie en loi de programmation des finances publiques (LPFP), devrait constituer le cadre de référence pour l'élaboration des lois de financement annuelles et définir le plafond de ressources publiques que la collectivité entend consacrer au financement des dépenses de santé.

Pour que la cohérence avec la LPFP soit assurée, les rebasages d'une année à l'autre en loi de financement devraient être proscrits. Le respect de la trajectoire devrait en outre être assuré au niveau de chaque sous-objectif : un dépassement sur les soins de ville ne devrait pas se traduire par des annulations de crédits pour les établissements de santé ni pour le secteur médico-social, conduisant à des « rebasages croisés » entre sous-secteurs.

Assurer le respect des objectifs fixés en LPFP nécessiterait de rendre plus contraignant le cadre organique des lois de financement de la sécurité sociale : dans la loi organique de 2022¹⁵³, il n'est pas requis que le niveau d'ONDAM fixé pour l'année et les prévisions pour les exercices suivants dans la LFSS soient établis en cohérence avec la LPFP. Le cadre organique

¹⁵² Règlements n° 2024/1263 du 29 avril 2024 et n° 2024/1264 du 29 avril 2024. Cette réforme repose sur la surveillance de l'évolution de la dépense (nette des mesures nouvelles de prélèvements obligatoires) dans le processus de surveillance budgétaire des États-membres et dans les procédures de déficit excessif.

¹⁵³ Article n° 2 de la loi organique n°2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

pourrait, à tout le moins, prévoir que les éventuels écarts aux objectifs de la LPFP soient explicités dans le rapport annexé à la LFSS et voté avec elle¹⁵⁴.

Le cadre de gestion pluriannuel pourrait être complété d'engagements sur les leviers à mettre en œuvre en cas d'écarts à la trajectoire initialement prévue : le rapport annexé à la LFSS pourrait ainsi définir les modalités retenues pour revenir aux objectifs fixés dans la LPFP. Un principe de bonne gestion pourrait être de conditionner la mise en œuvre des mesures nouvelles au respect de la trajectoire ou à la réalisation effective d'une proportion suffisante des économies prévues.

2 - Faire de l'ONDAM un outil prospectif de planification stratégique des ressources pour les priorités sanitaires

Le cadre financier de l'ONDAM devrait associer l'approche budgétaire aux perspectives d'évolution des dépenses de santé et à l'établissement de priorités de santé publique à moyen terme.

En amont de la prochaine LPFP, dont la préparation devrait s'engager en 2027, il serait nécessaire de conduire des travaux approfondis de construction du tendanciel, fondés sur les déterminants structurels, démographiques, épidémiologiques et économiques des dépenses de santé, en distinguant les évolutions inéluctables (le vieillissement) et les points d'incertitude (diffusion de l'innovation, comportements de prescriptions ou de recours aux soins). L'exercice de prospective réalisé par la CNAM dans son rapport *Charges et Produits* de juin 2025 a constitué une première contribution utile et éclairante. Les résultats de ces travaux et les scénarios ainsi bâtis devraient être publiés et transmis au Parlement pour servir de base à l'élaboration de la trajectoire et à une planification stratégique des dépenses de santé.

La trajectoire-cible d'ONDAM serait définie en intégrant au tendanciel une enveloppe de mesures nouvelles et des objectifs d'économies à moyen terme. La dimension pluriannuelle aurait ainsi pour objet de mettre en cohérence la trajectoire financière avec les priorités sanitaires¹⁵⁵ pour garantir leur financement.

Un tel cadre de régulation pluriannuelle offrirait des leviers d'action plus étendus. La régulation actuelle présente un biais pour les mesures à effet rapide, au détriment de réformes structurelles visant à modifier

¹⁵⁴ L'obligation porte actuellement sur la présentation des écarts avec l'ensemble des dépenses des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale mais pas spécifiquement pour l'ONDAM.

¹⁵⁵ Plans de santé publique, plan cancer, plan de santé mentale, création de places en établissements pour les personnes âgées, solutions pour les personnes en situation de handicap, etc.

l'organisation de l'offre de soins ou à modifier durablement les comportements. Les actions de prévention peuvent notamment permettre d'infléchir les volumes d'actes et de prescription, et devraient être mieux identifiées au sein de la programmation. La pluriannualité permettrait également d'organiser des réaffectations de moyens entre sous-objectifs dans le cadre des mesures d'efficience des parcours de soins¹⁵⁶.

Enfin, la prévisibilité pour les acteurs est un élément essentiel à l'appropriation des objectifs : un nouveau cycle d'élaboration d'un protocole avec le secteur hospitalier et le secteur médico-social serait souhaitable, ainsi qu'une mise en cohérence du cadre conventionnel des professionnels de santé avec les objectifs pluriannuels (cf. *infra*).

B - Renforcer les leviers de régulation sectoriels et les articuler avec la trajectoire pluriannuelle

Il convient d'instaurer de nouveaux leviers ou de renforcer ceux existants pour réguler les honoraires des professionnels de santé et les dépenses liées aux produits de santé. L'enjeu est différent pour les dépenses sous ONDAM en faveur des établissements de santé et médico-sociaux qui sont déjà pilotables; pour elles, il convient d'abord de limiter le point de fuite constitué par le déficit des établissements de santé.

1 - Honoraires des professionnels de santé : introduire des mécanismes de correction pour respecter la trajectoire

Afin de garantir que les dépenses d'honoraires ne dérivent de leur trajectoire, il est possible d'introduire des mécanismes dits de régulation prix-volume dans les conventions avec les professionnels de santé, comme cela a été fait avec les biologistes¹⁵⁷. L'introduction de tels mécanismes dans les négociations conventionnelles portant sur les dépenses d'actes techniques est souhaitable. En cas de dépassement, ces mécanismes ne permettent pas de garantir le respect de l'objectif annuel mais ils permettent une correction l'année suivante.

¹⁵⁶ Voir dans le présent rapport le chapitre VIII sur « Les hospitalisations inadéquates : des parcours de soin à réorganiser, des économies importantes à mobiliser ».

¹⁵⁷ Selon les trois conventions triennales avec les biologistes libéraux de 2014 à 2023, les tarifs diminuaient lorsque la progression des dépenses dépassait un certain taux, préalablement fixé. Cette règle a permis une bonne maîtrise de la dépense jusqu'en 2019, les gains de productivité sur les processus de production permettant aux laboratoires de compenser cette contrainte. L'application a été ensuite plus complexe et conflictuelle et la régulation a été suspendue par l'accord de décembre 2024.

Pour les honoraires, la Cour a recommandé la mise en œuvre d'une réserve prudentielle, permettant de réduire les tarifs¹⁵⁸ ou de mettre en réserve les augmentations tarifaires¹⁵⁹ en cas de non-respect de l'objectif prévisionnel de dépenses.

A minima, il serait nécessaire d'échelonner dans les conventions avec les professionnels de santé les revalorisations négociées sur plusieurs années, avec des dates de revalorisations à mi-année. En cas de risque sérieux de dépassement de l'ONDAM imputable au sous-objectif des soins de ville, constaté par le comité d'alerte, ces revalorisations seraient reportées¹⁶⁰. Le comité d'alerte examinerait ensuite si le montant d'ONDAM voté pour l'année suivante en loi de financement permet de financer la revalorisation prévue, compte tenu de l'évolution spontanée de la dépense du sous-objectif, ou s'il est nécessaire de relancer un nouveau cycle de négociations conventionnelles.

Un tel dispositif ne présenterait aucun risque de contingentement du volume des actes et ne relèverait donc pas d'une maîtrise comptable de la dépense. Il présente l'avantage d'être simple et de reposer sur des mécanismes existants.

2 - Produits de santé : des mécanismes de régulation à mieux mobiliser

La régulation des prix des produits de santé est devenue moins efficace et plus imprévisible. Les baisses de prix, en lien avec le cycle de vie des produits, constituent la base de cette régulation. Mais la prévision de la dépense s'est compliquée car elle repose de plus en plus sur les recettes atténuatives, remises conventionnelles et clause de sauvegarde, avec un rendement de 10,7 Md€ en 2024. Leurs montants peuvent être affectés par les contestations contentieuses des entreprises pharmaceutiques¹⁶¹. La clause

¹⁵⁸ Cour des comptes, *L'avenir de l'assurance maladie*, rapport public thématique, novembre 2017.

¹⁵⁹ Cour des comptes, « L'ONDAM : une dynamique de croissance toujours soutenue en 2014, une trajectoire de ralentissement conditionnée par la réalisation d'économies structurelles », *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2015*, chapitre III.

¹⁶⁰ II de l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale. Un avenant à la convention peut fixer une nouvelle date d'entrée en vigueur des revalorisations.

¹⁶¹ L'article 28 de la LFSS pour 2026 prévoit une validation pour les contentieux liés à la clause de sauvegarde n'ayant pas fait l'objet de décisions de justice passées en force de chose jugée.

de sauvegarde¹⁶² a été réformée à plusieurs reprises ces dernières années, pour la dernière fois à l'article 28 de la LFSS pour 2026, afin d'en simplifier le mécanisme. Il faudra examiner, à l'usage, si la nouvelle procédure permet un meilleur contrôle de la dépense.

D'autres mesures permettant de maîtriser le coût des produits de santé pour l'assurance maladie ont été proposées par la Cour, en particulier en avril 2025, dans sa contribution précitée à la revue des dépenses publiques¹⁶³. La Cour a par ailleurs recommandé la mise en place d'un sous-objectif spécifique de l'ONDAM, distinct de celui des soins de ville, pour le champ des produits de santé¹⁶⁴.

3 - Établissements de santé : piloter des stratégies de réduction du déficit

Les mécanismes actuels de régulation infra-annuelle du sous-objectif des établissements de santé, qui prennent la forme de mises en réserve (sur les crédits budgétaires ou sur les tarifs par l'application de coefficients prudentiels), sont efficaces pour respecter l'ONDAM mais ils peuvent entraîner une augmentation des déficits des établissements.

Afin de piloter leur rétablissement financier, la définition de stratégies individuelles territorialisées de redressement est nécessaire¹⁶⁵. L'instruction ministérielle du 9 octobre 2025¹⁶⁶ va dans ce sens. Au niveau national, la négociation avec les fédérations hospitalières d'un protocole pluriannuel d'évolution des ressources des établissements serait de nature à leur donner plus de visibilité financière.

Le ministère chargé de la santé a récemment avancé son calendrier pour la fixation des tarifs et de la délégation des crédits aux établissements, historiquement tardives¹⁶⁷. Cela permet d'améliorer la préparation et

¹⁶² Contribution versée par les entreprises du secteur pharmaceutique, conditionnée au dépassement d'un seuil de chiffre d'affaires défini annuellement en LFSS. Son montant par entreprise est plafonné. Elle pourrait atteindre 1,8 Md€ en 2025 (comptes provisoires).

¹⁶³ La proposition n° 5 est de poursuivre la baisse des prix des produits de santé et d'accentuer les actions en faveur de leur bon usage pour un gain estimé à 5,3 Md€.

¹⁶⁴ Cour des comptes, *RALFSS 2024* chapitre II, op. cité.

¹⁶⁵ Cour des comptes, *La situation financière des hôpitaux publics après la crise sanitaire*, 2023.

¹⁶⁶ Instruction du 9 octobre 2025 mettant en œuvre la circulaire du Premier ministre du 23 avril 2025 relative à l'efficacité et à la performance des établissements de santé.

¹⁶⁷ Cour des comptes, « L'information du Parlement sur la situation financière des hôpitaux : des progrès nécessaires », *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2023*, chapitre III.

l'exécution des budgets hospitaliers. Il reste à compléter cette avancée par une anticipation du calendrier d'arrêté des comptes, également trop tardif, afin, notamment, que l'information sur l'évolution de la situation financière des établissements puisse être prise en compte de façon complète dans le calendrier de construction de l'ONDAM de l'année suivante.

Enfin, la fixation des tarifs, qui repose en principe sur des critères économiques en lien avec les coûts par groupes homogènes de séjours, devrait être fondée sur des analyses plus précises et actualisées plus fréquemment¹⁶⁸.

C - Consolider la gouvernance de l'ONDAM

La gouvernance de l'ONDAM pourrait être confortée grâce à la création d'une instance interministérielle mettant en cohérence les priorités financières et de santé publique et au renforcement du rôle du comité d'alerte.

1 - Relancer un pilotage interministériel

Un comité d'alerte des finances publiques, créé en mars 2025, rassemble autour de plusieurs membres du Gouvernement les parties prenantes au pilotage des finances publiques¹⁶⁹. Il suit l'exécution des dépenses publiques, dont celle de l'ONDAM, mais n'a pas, par nature, pour objet d'effectuer un pilotage détaillé et sectoriel des dépenses d'assurance maladie. Il n'a pas de statut réglementaire.

Dans le périmètre de l'ONDAM, un comité de suivi statistique réunit les administrations et organisations chargées de la collecte des données, de leur diffusion et du pilotage de l'objectif, afin d'asseoir un consensus technique entre elles sur la prévision d'exécution. Il ne joue pas de rôle dans la préparation des textes financiers ni dans les arbitrages interministériels.

La mise en œuvre d'une trajectoire pluriannuelle nécessiterait une articulation plus étroite entre les priorités financières et de santé publique. Un pilotage interministériel de l'ONDAM renforcé pourrait être confié à une instance co-présidée par les ministres chargés des affaires sociales et

¹⁶⁸ Cour des comptes, *La tarification à l'activité*, 2023.

¹⁶⁹ Parlementaires, partenaires sociaux, représentants des organismes de sécurité sociale et des collectivités territoriales.

des comptes publics¹⁷⁰. Cette instance serait chargée de préparer les orientations pluriannuelles, leur déclinaison dans les lois de financement annuelles et le pilotage de l'exécution, en s'appuyant sur les expertises techniques disponibles. Elle structurerait à moyen terme la démarche d'efficience et de rationalisation de l'offre de soins.

2 - Élargir le rôle du comité d'alerte

Depuis la LFSS pour 2013, le rôle du comité d'alerte a été étendu à l'examen de la construction de l'ONDAM. Le comité doit l'analyser et présenter, au plus tard le 15 octobre, « *ses réserves s'il constate, compte tenu des données dont il dispose, que cet objectif ne peut pas être respecté au vu de l'évolution prévisionnelle des dépenses d'assurance maladie* »¹⁷¹.

Pendant la crise sanitaire, le comité d'alerte a régulièrement relevé l'insuffisance des montants provisionnés à ce titre, sans que cela ait porté à conséquence. Pour les PLFSS récents, il a décrit le coût important des mesures nouvelles prévues et l'insuffisante précision des modalités de mise en œuvre des économies attendues. Il s'est inquiété du maintien de pressions sur les coûts des établissements de santé et de la fragilité de l'hypothèse d'une décélération spontanée de la progression des dépenses de soins de ville. En 2026, il a formulé des réserves, au sens prévu par le code de la sécurité sociale mais, contrairement au déclenchement de l'alerte en cours d'année, l'expression de telles réserves n'a pas de portée juridique.

Il est nécessaire de renforcer la portée de l'avis que rend le comité d'alerte sur la construction de l'ONDAM. Cela passe par un changement de la date de sa publication, qui devrait intervenir avant le début de la discussion au Parlement, en modification de l'article L.114-4-1 du code de la sécurité sociale. Cet avancement du calendrier nécessiterait en amont des arbitrages plus précoces sur le PLFSS.

Une plus forte articulation avec le Haut Conseil des finances publiques (HCFP) pourrait également renforcer sa portée : le comité d'alerte transmettrait son analyse au HCFP, qui pourrait en disposer dans l'élaboration de son avis d'ensemble sur les projets de lois de finances et de financement. Tout comme l'avis du HCFP, l'avis du comité d'alerte ne serait publié qu'après le dépôt du PLFSS.

¹⁷⁰ Il s'agit d'étendre le champ d'action du comité de pilotage de l'ONDAM proposé par le rapport Briet (*opus cité*) au pilotage d'une trajectoire pluriannuelle.

¹⁷¹ Article L114-4-1 du code de la sécurité sociale, alinéa 6.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La dynamique récente de l'ONDAM ne résulte pas seulement d'événements exceptionnels survenus ces dernières années (crise sanitaire, choc inflationniste). Elle traduit aussi un moindre recours aux mécanismes de régulation des dépenses d'assurance maladie : manque de pertinence de la trajectoire pluriannuelle, absence de transparence dans la construction de l'ONDAM, faiblesse des leviers de pilotage infra-annuels.

Il est impératif de redresser les comptes de l'assurance maladie, tout en adaptant notre système de santé au vieillissement de la population, à la hausse des maladies chroniques et au financement des innovations thérapeutiques. Pour cela, l'ONDAM doit recouvrer un rôle pivot de pilotage financier et d'orientation des choix collectifs par le renforcement du cadre pluriannuel, une mise en cohérence des leviers sectoriels et un renforcement du cadre de gouvernance.

La Cour adresse en conséquence au ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées et au ministère de l'action et des comptes publics les quatre recommandations suivantes :

- 1. accroître la transparence dans la construction et le suivi de l'ONDAM dès l'exercice 2027 en publiant les documents méthodologiques sur les prévisions, en détaillant les hypothèses de construction du spontané, des mesures nouvelles et des économies et, en exécution, en présentant dans les documents publics les mesures et économies mises en œuvre ;*
 - 2. dans la perspective de la prochaine loi de programmation des finances publiques, définir et étayer une trajectoire pluriannuelle de l'ONDAM, en explicitant les tendances structurelles de l'évolution des dépenses de santé, les objectifs de santé publique et les actions et réformes structurelles du système de soins à mener ;*
 - 3. échelonner systématiquement dans les futures conventions avec les professionnels de santé les revalorisations négociées ;*
 - 4. anticiper, avant le dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale, la présentation de l'avis du comité d'alerte sur la prévision d'ONDAM incluse dans ce projet, et communiquer cet avis au Haut Conseil des finances publiques.*
-

Chapitre IV

Vingt ans de certification des comptes

de la sécurité sociale :

une exigence reconnue, des leviers

d'amélioration à mobiliser

PRÉSENTATION

Les comptes du régime général de la sécurité sociale font l'objet d'un rapport annuel de certification par la Cour des comptes, qui présente ses opinions sur la régularité, la sincérité et l'image fidèle des états financiers de chacune des cinq branches (maladie, accidents du travail – maladies professionnelles, famille, vieillesse et, depuis 2021, autonomie) et de leurs caisses nationales, auxquelles s'ajoutent les unions de recouvrement des cotisations sociales (URSSAF) et l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), qui les pilote.

Le rapport qui vient d'être publié sur les comptes de 2025¹⁷² correspond au vingtième exercice de certification. La Cour présente une enquête rétrospective et prospective portant sur les résultats de cet exercice annuel et sur ses enjeux actuels et futurs.

L'appréciation portée sur la fiabilité de l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale a évolué avec le temps. Pendant la décennie 2006-2016¹⁷³, la certification a favorisé des progrès notables dans la qualité des comptes et dans la professionnalisation des pratiques. Depuis 2017, le contrôle interne portant sur la maîtrise des risques est monté en puissance, notamment pour les conditions de recouvrement des prélèvements et de versement ou de prise en charge des prestations. La certification a contribué également à identifier les enjeux et les moyens de la lutte contre la fraude, avec des résultats croissants depuis 2020.

La certification des comptes s'est révélée un levier constant pour que les caisses améliorent les processus au service des assurés. Au seuil de sa troisième décennie, les organismes doivent y trouver l'occasion d'une nouvelle transformation, consistant à accroître la correspondance entre la dépense et le juste droit des bénéficiaires.

L'utilité de la certification est reconnue au regard de ses apports (I). Elle constitue un exercice exigeant, qui peut se traduire par des refus de certification (II). De nombreux chantiers doivent encore aboutir, en particulier concernant les systèmes d'information et le contrôle interne (III).

¹⁷² Cour des comptes, Certification des comptes du régime général de sécurité sociale, mai 2026.

¹⁷³ Cour des comptes, « La certification des comptes des régimes de base de sécurité sociale : une première étape réussie, de nouveaux enjeux », rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2016, chapitre X.

Chiffres clés

- Dix opinions sont rendues chaque année par la Cour des comptes sur les comptes des cinq branches de la sécurité sociale et de l'activité de recouvrement ; des caisses nationales de l'assurance maladie (CNAM), d'allocations familiales (CNAF), d'assurance vieillesse (CNAV), de solidarité pour l'autonomie (CNSA), et de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) pour un ensemble de 753 Md€ de produits et de 628 Md€ de charges en 2025.
- La certification des comptes couvre l'intégralité des opérations réalisées par ces caisses, y compris celles qui sont opérées pour le compte de tiers¹⁷⁴.
- 160 comptes annuels du régime général sur 185 ont été certifiés avec réserves au cours des vingt ans de certification.
- 15 refus ont été exprimés, dont 12 entre 2006 et 2020, 10 impossibilités de certifier, dont six entre 2006 et 2020.
- Le régime général, certifié par la Cour des comptes¹⁷⁵, représente 85 % des charges et 89 % des produits des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale. Les autres régimes de sécurité sociale, agricoles et spéciaux, sont certifiés par des commissaires aux comptes¹⁷⁶.

I - La certification des comptes, une pratique établie aux apports reconnus

La certification des comptes consiste, pour un auditeur indépendant, au vu des éléments probants qu'il a collectés (documentation, justificatifs, sondages, extractions de données, tests, etc.), à attester que les comptes produits respectent un ensemble de normes et de principes, qu'ils sont réguliers et sincères, et donnent une image fidèle du résultat de l'exercice écoulé et du patrimoine.

¹⁷⁴ L'ACOSS collecte des prélèvements au profit d'organismes extérieurs à la sécurité sociale (assurance chômage, autorités organisatrices de la mobilité, etc.), ce qui explique la supériorité du montant des produits sur celui des charges. Le réseau de la branche famille verse des prestations pour le compte de l'État et des départements.

¹⁷⁵ Article L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières.

¹⁷⁶ Article L. 114-8 du code de la sécurité sociale, issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006. La liste de ces régimes est consultable en annexe de l'avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau de situation patrimoniale de la sécurité sociale pour l'exercice 2025, figurant après le chapitre I du présent rapport.

Prévue par la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, la certification des comptes du régime général par la Cour fait l'objet d'un rapport chaque année depuis vingt ans. Elle est ainsi intégrée dans la culture des organismes, pour lesquels elle représente une exigence constamment renouvelée, grâce à son annualité. Son coût reste modeste au regard des charges certifiées.

A - Un exercice adapté aux spécificités de la sécurité sociale

Depuis les années 1990¹⁷⁷, les organismes de sécurité sociale sont tenus de produire leur comptabilité selon les principes du plan comptable général. Les prestations et prélèvements de la sécurité sociale se prêtent à une comptabilité d'engagements car ils exigent de constater le respect de conditions juridiques pour ouvrir des droits ou faire naître des obligations.

En retour, cette forme de comptabilité permet, à la lecture des états financiers (bilan, compte de résultat et annexes), de constater les variations de l'exécution budgétaire et ses incidences sur le patrimoine. Elle se prête aussi, par la certification, à un contrôle annuel approfondi.

La comptabilité générale, des informations enrichies

Le certificateur atteste la correcte application des principes et méthodes de la comptabilité générale, dont quelques illustrations peuvent être fournies :

- les opérations en dépenses et en recettes sont enregistrées à la date de leur fait générateur (engagement juridique ou réalisation de conditions légales) et non des décaissements et des encaissements ;
- la comptabilité restitue la situation du résultat (produits et charges), de la trésorerie (encaissements et décaissements), des tiers (dettes et créances) et du patrimoine (réserves, immobilisations, stocks...) ;
- le principe de prudence impose la constitution de provisions sur l'exercice clos pour les charges prévisibles (risque contentieux, dépréciation de créances, etc.).

¹⁷⁷ Décret n° 93-1004 du 10 août 1993 modifiant les dispositions du code de la sécurité sociale relatives à la gestion financière des organismes de sécurité sociale du régime général. Obligation généralisée par la loi et codifiée par la suite pour tous les régimes de base à l'article L. 114-5 du code de la sécurité sociale.

Ces règles ont été adaptées aux organismes de sécurité sociale à travers un plan comptable spécifique, dont le champ d'application a été progressivement étendu à tous les régimes de base et complémentaires.

Les certificateurs, dont la Cour au titre du régime général, se réfèrent aux normes internationales d'audit (ISA). Ces normes prévoient qu'une certification sans réserve ne peut être formulée si des anomalies significatives sont identifiées et non résolues à l'issue de l'audit.

L'opinion indépendante de la Cour apporte une assurance particulière s'agissant de charges approuvées de façon prévisionnelle et non limitative. En effet, contrairement à la plupart des crédits de l'État, les dépenses de la sécurité sociale sont dues en fonction des droits des bénéficiaires, les objectifs fixés en loi de financement (684 Md€ pour 2026) ne constituant pas des plafonds¹⁷⁸. La certification analyse la conformité des opérations aux droits et règles prévus : elle apporte au législateur les éléments d'appréciation sur la dépense à bon compte.

La nature de la sécurité sociale influe sur les priorités de l'exercice de certification. Ce dernier apporte un soin spécifique à l'évaluation du contrôle interne des produits et des charges, enjeu crucial du fait des volumes d'opérations, de la complexité de la réglementation et de la place centrale de l'automatisation dans le service des prestations. À l'inverse, la dimension patrimoniale (principalement les dettes, créances et réserves) est moins développée que dans les comptes de l'État, la sécurité sociale étant une administration de transferts, dont la gestion doit, en principe, s'approcher d'un objectif d'équilibre.

Compte tenu de la nature des produits et des charges, les écritures dites d'inventaire¹⁷⁹ reposent, dans une large mesure, sur des estimations statistiques relevant de méthodes convenues et du jugement professionnel du comptable. Elles se prêtent à des variations dont les montants peuvent significativement modifier le résultat d'un exercice¹⁸⁰.

¹⁷⁸ Sauf pour les dotations incluses dans un budget annuel, les dépenses de gestion administrative ou d'action sanitaire et sociale, les subventions à des organismes.

¹⁷⁹ Charges à payer, produits à recevoir, dépréciations d'actifs et diverses provisions.

¹⁸⁰ L'ACOSS comptabilise en fin d'exercice plus de 40 Md€ de produits à recevoir et plus de 25 Md€ de dépréciations. Une dégradation de 3 % de la qualité des prévisions entraîne un écart de l'ordre d'1 Md€ sur les comptes. L'audit contradictoire des estimations par le certificateur revêt dès lors une importance primordiale pour la sincérité du résultat de chacune des branches dont l'ACOSS centralise les recettes.

B - Un exercice annuel, complet et permanent, dont le calendrier est contraint

À la différence des autres évaluations et contrôles de la Cour, les travaux de certification s'échelonnent au fil d'un cycle annuel et permanent. Le choix des points audités, fondé sur une analyse des risques majeurs, s'appuie aussi sur les constats de l'exercice antérieur et sur les évolutions législatives, réglementaires ou organisationnelles intervenant au cours de l'exercice certifié. Chaque année, les vérifications conduites, commencées en juillet, se poursuivent par l'examen des états financiers provisoires, arrêtés au 22 février de l'année suivante, puis des comptes définitifs au 15 mars. Enfin les comptes complets, comprenant les annexes, sont arrêtés le 5 avril.

L'article 58 5° de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances a fait de l'acte de certification des comptes de l'État une annexe du projet de loi relative aux résultats de la gestion et portant approbation des comptes de l'année. Aucune disposition n'a formalisé de pratique équivalente lors de l'instauration de la loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (LACSS) par la loi organique du 14 mars 2022. Dans la pratique, l'échéance du rapport de certification est la transmission au Conseil d'État du projet de LACSS, lequel doit, après adoption en Conseil des ministres, être déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale avant le 1^{er} juin. L'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières, qui fixe toujours au 30 juin la date limite de transmission au Parlement et au Gouvernement du rapport de certification, n'a pas été actualisé.

De ce fait, l'instauration de la LACSS a réduit d'un mois le calendrier des travaux de certification. Or les dates de production des comptes par les organismes n'ont pas été modifiées depuis 2014, sauf pour les annexes. La quantité d'informations à auditer en un temps raccourci peut limiter la profondeur des investigations et amoindrir l'assurance obtenue.

De surcroît, les délais d'arrêtés des comptes, qui concernent aussi les régimes spéciaux, ne permettent pas de certifier l'état financier de la protection universelle maladie, qui intègre au sein du régime général le résultat comptable de tous les régimes servant des prestations maladie¹⁸¹.

La Cour recommandait déjà en 2016 une avancée du calendrier d'arrêtés des comptes¹⁸². Les organismes estiment toutefois qu'en l'état des

¹⁸¹ Régimes agricoles, militaire, des cultes, des marins, des mines, des clercs et employés de notaire, des personnels ferroviaires et de la RATP pour 9,6 Md€ en 2025.

¹⁸² Les grands groupes du secteur privé comme du secteur public (SNCF, EDF) publient en juillet des comptes semestriels, accompagnés d'un premier rapport des commissaires aux comptes, et arrêtent leurs comptes annuels complets consolidés fin février.

pratiques et des dispositifs, une date plus précoce dégraderait la qualité des comptes. Une telle évolution supposerait des progrès informatiques et organisationnels, une coordination renforcée avec les administrations fiscales (notamment pour les recettes d'impôts et taxes affectés), une meilleure estimation des provisions et une anticipation des charges hospitalières.

Prévus par les dispositions organiques à destination du Gouvernement et du Parlement, les rapports de certification sont également présentés lors des conseils des caisses nationales de sécurité sociale approuvant les comptes de l'exercice écoulé¹⁸³. Cette présentation contribue à faire de la certification un exercice reconnu.

À l'occasion de cette enquête, la Cour a pu mesurer à travers les réponses unanimes des organismes et de la direction de la sécurité sociale le caractère fécond de l'exercice de certification, qui contribue à la qualité comptable et constitue un levier de performance centré sur la qualité des produits et des charges significatifs. La conduite des missions de certification peut faire l'objet d'optimisations continues, que les équipes d'audit s'efforcent de mettre en œuvre.

Un contrôle plus étendu que dans les pays de taille comparable

En France, les administrations publiques assurent 90 % des dépenses sociales. Celles-ci atteignent 31,4 % du produit intérieur brut en 2022, contre 28 % en Allemagne et 23 % au Royaume-Uni¹⁸⁴. Dans ce contexte, les enjeux de régularité et de fiabilité sont plus sensibles en France.

En Allemagne, les caisses d'assurance sociale sont auditées par le ministère fédéral de la santé et des organismes de supervision régionaux. Les compétences sont décentralisées et relèvent de l'autogestion paritaire des caisses. Il n'existe pas d'équivalent de la loi de financement de la sécurité sociale. Les caisses ne font pas l'objet d'une certification externe annuelle et obligatoire.

Au Royaume-Uni, les prestations sociales ne sont pas séparées des comptes de l'État. Ce dernier verse les prestations, tandis que le système de santé est confié à un grand nombre d'entités, les *trusts*, qui publient à titre individuel des comptes certifiés. Des audits de régularité et de performance sont réalisés par le *National Audit Office* pour le compte de la Chambre des communes mais il ne s'agit pas d'une certification.

¹⁸³ À l'exception du conseil d'administration de la CNAF.

¹⁸⁴ Données de l'OCDE. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *La protection sociale en France et en Europe en 2024*, décembre 2025.

C - Un coût modéré au regard des enjeux financiers

Les charges induites directement par la certification dans les caisses nationales et locales auditées, en sus de la production des comptes, correspondent, pour l'essentiel, à des coûts de mobilisation de personnel. L'effectif concerné, estimé analytiquement par chaque branche à la demande de la Cour, serait de 78,6 équivalents temps plein (ETP), ce qui représente 0,06 % des effectifs totaux, pour un coût de 6,7 M€.

Les évolutions de charge depuis 2015, telles que calculées par chaque branche, sont contrastées. L'ACOSS est passée de 40 à 16,3 ETP. La CNAF a légèrement réduit sa charge, de 10,5 à 9,1 ETP. À l'inverse, la CNAM et la CNAV ont plus que doublé leurs contributeurs, respectivement de 16 à 37,3 et de 6 à 14,4 ETP. L'absence de proportionnalité entre les montants audités par branche et l'effectif affecté peut résulter de la nature des processus à auditer mais aussi des méthodes d'évaluation de chaque branche.

Au sein de la Cour des comptes, le coût de la certification du régime général, évalué à partir des charges de personnel (24 magistrats et experts) et des prestations externalisées d'audit informatique, s'élève à 3,2 M€ en 2024¹⁸⁵. Hors inflation, il a baissé de 10 % par rapport au montant de 2014.

Les honoraires facturés par les commissaires aux comptes des 12 autres régimes¹⁸⁶ pour l'exercice 2024 s'élèvent à 1,2 M€ toutes taxes comprises. Hors inflation, ce montant a également baissé par rapport à celui décompté en 2014, à l'époque auprès des commissaires aux comptes de 10 régimes (1,13 M€).

Le coût total de la certification pour l'ensemble des régimes de base de la sécurité sociale, y compris pour les certificateurs, atteint donc 11,1 M€ en 2024.

Au-delà de son champ strict, deux activités d'audit financier interne contribuent en outre à donner au certificateur une assurance sur la régularité, la sincérité et l'image fidèle des comptes : la validation des comptes et l'établissement d'indicateurs de risque financier résiduel.

¹⁸⁵ À la différence des honoraires de commissaires aux comptes, ce montant n'intègre pas les coûts indirects (coûts de structure et de fonctionnement courant).

¹⁸⁶ Mutualité sociale agricole, caisses des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, des marins, des militaires, des industries électriques et gazières, des mines, des cultes, des professions libérales, des agents ferroviaires, de la RATP, des avocats, et des clercs et employés de notaires. En 2014, seules les neuf premières avaient été décomptées, plus celle des indépendants.

Deux activités en lien étroit avec la certification

Mises en place à l'instigation de la certification et y contribuant, deux activités doivent néanmoins être réalisées pour elles-mêmes :

- la validation des comptes : les comptes des branches du régime général combinent¹⁸⁷ ceux de 253 organismes locaux. La responsabilité d'attester la régularité et la sincérité de ces comptes revient au directeur comptable et financier national de chaque branche. Cette mission donne lieu à un rapport, dont les éléments font l'objet de vérifications du certificateur. Elle occupe environ 175 ETP dans les caisses pour 12,8 M€ ;
- l'établissement des indicateurs de risque financier résiduel après contrôle interne (voir II – B *infra*), qui mobilise 173 ETP pour près de 12 M€.

II - Des opinions exigeantes, qui peuvent se traduire par des refus de certification

Au fil de rapports détaillés, la Cour analyse les états comptables et le contrôle interne des processus. Un défaut de conformité ou de sincérité des comptes, comme un manque de fiabilité du contrôle interne, peuvent conduire à un refus de certifier les comptes.

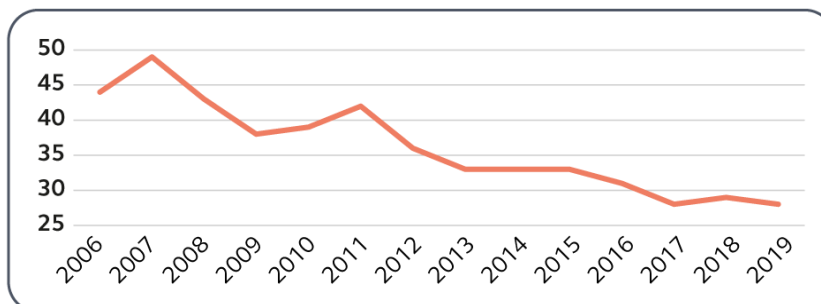
A - Des constats traduisant des progrès en matière comptable et soulignant les enjeux de contrôle

Au cours des premières années de certification, la Cour a retenu une approche par réserves. Leur nombre a progressivement diminué, passant de 49 en 2007 à 28 en 2019¹⁸⁸.

¹⁸⁷ Les comptes *combinés* se distinguent de comptes *consolidés* par l'absence de contrôle capitalistique entre les entités concernées. La combinaison consiste à agréger les actifs, passifs, charges et produits des entités du réseau en éliminant leurs transferts mutuels et leurs dettes et créances respectives (article L. 114-6 du code de la sécurité sociale).

¹⁸⁸ L'exercice 2020 a été affecté par des anomalies liées aux mesures de la crise covid.

Graphique n° 13 : nombre de réserves de 2006 à 2019



Source : Cour des comptes, rapports de certification des comptes 2006-2019

Depuis 2022, les rapports de certification de la Cour distinguent, en application de la norme ISA 705, deux niveaux de réserves :

- les **anomalies significatives**, qui constatent un désaccord sur un montant, sa présentation ou les informations fournies dans les comptes audités, au regard des normes applicables ;
- les **insuffisances d'éléments probants**, qui traduisent une limitation aux travaux d'audit : soit par absence d'éléments permettant d'apprécier la portée financière d'anomalies identifiées ou potentielles ; soit par un constat d'écart significatif entre les opérations comptabilisées et celles qui auraient dû l'être si les règles de droit avaient été correctement appliquées.

Pour l'exercice 2025, il ne reste que deux anomalies significatives affectant durablement les comptes du régime général, contre dix en 2021¹⁸⁹.

La principale, qui affecte plusieurs branches, porte sur le montant des impôts et taxes affectés à la sécurité sociale, dont la taxe sur la valeur ajoutée. En effet les systèmes de gestion des administrations fiscales enregistrent ces produits à la date de leur encaissement, sans pouvoir identifier leur exercice de rattachement, au cours duquel leur paiement est devenu exigible. Or, la mise à jour ou le remplacement de ces systèmes n'est pas prévu par le ministère des finances, ce qui conduit cette anomalie à durer. Le montant concerné est significatif mais il s'agit d'un décalage roulant d'un exercice à l'autre, qui ne nuit pas aux recettes de la sécurité sociale considérées sur plusieurs années.

¹⁸⁹ Parmi les anomalies significatives résolues sur la période récente, on peut relever, en 2022, le classement par la CNAM en provisions de 4,3 Md€ de charges à payer grâce à une évolution de son système d'information ; en 2025, l'arrêt des sauts de numérotation des écritures affectant le logiciel comptable de la CNSA, qui doit être remplacé en 2026.

L'autre anomalie significative relève de la CNAM, au titre des deux branches dont elle assure la gestion : maladie et accidents du travail – maladies professionnelles. D'une part, la procédure d'enregistrement des produits attendus du recours contre les tiers responsables de dommages corporels surévalue ces montants, de 234 M€ en 2025, ce qui constitue un manquement au principe de prudence ; d'autre part, la CNAM n'enregistre aucune provision pour les dépenses de séjours hospitaliers en cours au 31 décembre, alors que les établissements enregistrent le produit à recevoir correspondant, ce qui constitue un manquement au principe des droits constatés. La CNAM engagera en 2026 des chantiers pour résoudre ces anomalies.

Les désaccords sur les comptes suivent ainsi une pente décroissante et sont réduits à moins de 2 Md€ en 2025.

La dette de l'article 58 : un apurement obtenu par la certification

Dès le premier exercice de certification des comptes en 2006, la Cour avait relevé la nécessité de statuer sur une créance ancienne des établissements de santé envers l'assurance maladie résultant d'un changement de mode de financement en 1984 par l'article 58 du décret du 11 août 1983. Lors du passage à la tarification à l'activité, en 2008, les établissements hospitaliers de court séjour ont reçu le règlement de cette créance, mais pas ceux de psychiatrie, de soins médicaux et de réadaptation ni d'hospitalisation à domicile.

À l'occasion de l'opinion sur les comptes 2023, la Cour a soulevé l'anomalie significative que constitue le maintien de cette dette de 0,8 Md€ au passif de la CNAM, vieille de 40 ans et dont l'exigibilité était juridiquement douteuse¹⁹⁰. À la suite de ce constat et à l'occasion de mesures de réorganisation du financement des établissements de santé en 2026, un décret a rétabli le caractère exigible de cette dette et a fixé les modalités permettant aux établissements concernés d'en obtenir le règlement¹⁹¹.

De nouvelles anomalies comptables significatives peuvent toutefois survenir, comme l'a illustré l'incidence de la gestion de la crise covid en 2020 et en 2021 : les choix de comptabilisation des mesures adoptées ainsi que l'abaissement des contrôles ont conduit à constater quatre anomalies distinctes,

¹⁹⁰ Cour des comptes, *Certification des comptes 2023 du régime général de sécurité sociale*, mai 2024.

¹⁹¹ Article 4 du décret du 28 décembre 2025 portant diverses dispositions relatives au financement des établissements de santé, et instruction du 20 février 2026.

dont l'une, un report de produits de 5 Md€ de l'exercice 2020 à l'exercice 2021¹⁹², a conduit au refus de certification de l'activité de recouvrement.

Les plus longs développements des rapports de certification sont consacrés aux insuffisances d'éléments probants, soulignant l'importance du contrôle interne. Ces insuffisances portent sur six domaines que l'on retrouve dans toutes les branches : conformité comptable ; contrôle interne général (dont celui des systèmes d'information et de la lutte contre la fraude) ; données entrantes ; ouverture et actualisation de droits ; versements ou prises en charge ; calcul et recouvrement de créances.

À de rares exceptions près, ces insuffisances reflètent les limites actuelles des dispositifs de contrôle interne. En effet, en dépit des efforts des organismes, ceux-ci laissent généralement subsister des limites ou des lacunes. Par exemple, la quantité d'opérations quotidiennes relatives aux remboursements de santé constitue un obstacle à une maîtrise exhaustive. De ce fait, l'appréciation de la Cour se fonde moins sur le nombre de ces insuffisances que sur les progrès ou les difficultés rencontrées par les organismes.

B - La place croissante de la mesure du risque financier résiduel

Les dix dernières années de certification ont été marquées par la montée en puissance des indicateurs de risque résiduel après contrôle interne. Cette mesure est nécessaire car les opérations des organismes, comme le versement des allocations ou les remboursements des frais de santé, sont réalisées avec des contrôles *a priori* limités dans un objectif de réduction des délais. De façon croissante toutefois, des contrôles *a priori* sont intégrés directement dans les systèmes d'information, sans ralentir les paiements.

Les contrôles *a posteriori*, restitués par les indicateurs de l'ordonnateur et du comptable, ne ciblent pas l'intégralité des dossiers. Dans ce contexte, la réalisation d'indicateurs du risque résiduel représentatifs de la masse des dépenses, et intervenant après tous les contrôles, s'est avérée nécessaire.

¹⁹² Les cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants ont été appelées et comptabilisées en 2020 sur la base de la moitié du dernier revenu professionnel connu. À la suite des régularisations intervenues en 2021 de ces appels provisionnels, 5 Md€ de recettes de 2020 ont été enregistrées en 2021 pour le régime général.

Les indicateurs de risque financier résiduel

Depuis 2013, le code de la sécurité sociale prévoit que les organismes nationaux des régimes obligatoires de base établissent des indicateurs mesurant « *le risque financier résiduel après supervision de l'ordonnateur et contrôle du directeur comptable et financier* ».

Le calcul de ces indicateurs repose sur la vérification approfondie d'un échantillon d'opérations représentatif de celles effectuées et comptabilisées durant l'exercice ou pendant une période donnée. Par-delà les différences observées entre les branches dans la constitution des échantillons, l'organisation des contrôles et les périodes couvertes, les résultats des contrôles réalisés permettent d'établir :

- la fréquence des erreurs détectées, qui correspond au pourcentage des opérations vérifiées pour lesquelles subsiste au moins une erreur de portée financière ;
- un taux d'incidence financière des erreurs, obtenu en rapportant la somme des montants d'erreurs au montant total des prestations versées de l'échantillon ;
- par extrapolation, le montant global des erreurs de portée financière, calculé en appliquant le taux d'incidence financière à l'ensemble des prestations versées au cours de la période retenue.

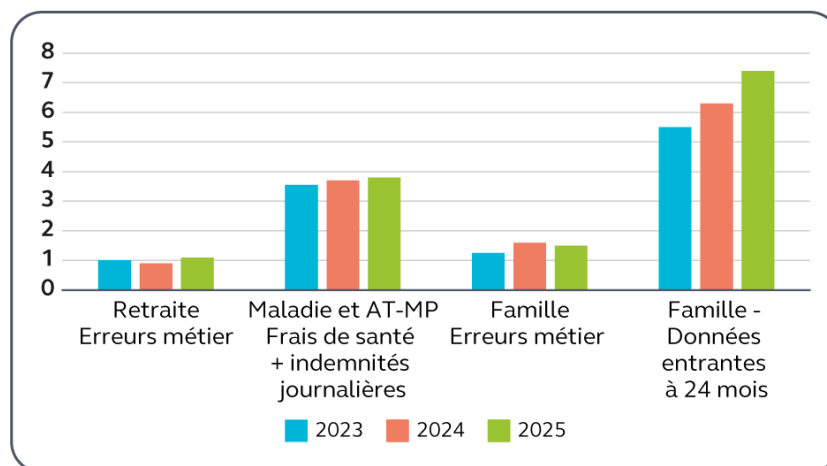
Ces indicateurs étant calculés selon une méthode statistique, leur valeur s'établit à l'intérieur d'un intervalle de confiance.

La somme des erreurs relevées est exprimée en valeur absolue, certaines étant au détriment et d'autres en faveur des assurés ou des tiers concernés (professionnels de santé, tiers financeurs tels que l'État et les collectivités territoriales). S'agissant de calculs statistiques, il n'est pas possible d'identifier tous les dossiers concernés. Les montants d'incidence issus des indicateurs ne peuvent donc être pris en comptabilité, ni *a fortiori* répercutés aux financeurs¹⁹³.

La mesure du contrôle interne est loin d'être complète. Seules 69 % des charges du régime général sont couvertes par un indicateur. Les contrôles de la tarification des séjours dans les hôpitaux publics et privés non lucratifs (54,4 Md€ de dépenses en 2025), suspendus avec la crise sanitaire, n'ont repris qu'en 2025 et reposent encore sur des échantillons trop faibles pour permettre une mesure de risque résiduel.

¹⁹³ À titre d'exemple, le solde des erreurs non détectées relatives au revenu de solidarité active est estimé à 1,76 Md€ en 2024 au détriment des départements et de l'État.

Graphique n° 14 : évolution 2023-2025 des indicateurs de risque financier résiduel (erreurs en Md€)



Note : ces estimations présentent, en valeur centrale, l'extrapolation des montants d'erreurs restants après contrôle interne. Ces montants sont des minima ; les limitations des indicateurs sont listées dans les rapports. Source : Cour des comptes d'après rapports de certification

Pour la branche autonomie, seules 5 % des 42,4 Md€ de charges sont couvertes en 2025. La CNSA, qui ne verse pas elle-même les prestations, n'a pas encore pu obtenir des organismes qui attribuent ou versent des prestations pour son compte d'indicateur de risque résiduel pour le financement des établissements médico-sociaux ou le versement par les départements de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap.

S'agissant des produits, des indicateurs portant sur les erreurs des URSSAF, sur les données déclarées et sur les fraudes sont calculés à partir des contrôles réalisés par chaque URSSAF, portant au total sur 336 Md€ de produits sociaux en 2025. Toutefois, il n'existe pas de vérification nationale au niveau de l'ACOSS d'un échantillon qui pourrait être audité par la Cour. Par ailleurs, la convention d'objectifs et de gestion de l'ACOSS avec l'État ne comporte aucun indicateur de ce type.

Les organismes nationaux disposent d'une certaine liberté pour calculer les indicateurs. Néanmoins, l'article D. 114-4-7 du code de la sécurité sociale impose de mesurer la fiabilité des données entrantes. Cet objectif n'est pas pleinement rempli, notamment par la CNAM, qui exclut de ses indicateurs l'incidence financière des prises en charge de frais de santé dont une pièce justificative est absente, ce qui constitue une irrégularité comptable et empêche le contrôle du bien-fondé de la dépense. La Cour a évalué le montant de ces dossiers à 720 M€ en 2025.

De manière générale, dans un contexte de complexité grandissante de la réglementation et d'évolution de la structure des prestations, les indicateurs se dégradent en valeur financière, ce qui indique que les moyens de réduire les anomalies sont insuffisamment identifiés et mobilisés au sein des organismes, en dépit des démarches engagées en ce sens : la CNAM a réalisé une première analyse approfondie en 2025 ; la CNAV développe une approche du ciblage des contrôles de plus en plus fondée sur l'analyse des risques. Ces orientations doivent être poursuivies : alors que les moyens mis en œuvre pour calculer les indicateurs de risque résiduel sont importants, il importe que les causes des erreurs relevées soient plus clairement identifiées et que les financeurs des prestations puissent en tirer les conséquences dans la détermination des règles applicables aux différentes prestations.

Pour la CNAV, la CNAM et la CNAF, des cibles de réduction de la fréquence ou de l'incidence financière des erreurs ont été fixées dans leurs conventions d'objectifs et de gestion 2023-2027. Dans l'ensemble, les organismes peinent à atteindre les objectifs d'incidence financière qui leur sont fixés (à l'exception des indemnités journalières). C'est particulièrement notable pour la branche famille¹⁹⁴.

**Tableau n° 21 : réalisation des indicateurs de risque résiduel
par rapport aux cibles des conventions d'objectif
et de gestion 2023-2027 (incidence financière)**

	Exercice	2023		2024		2025		2027
Branche	Indicateur	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible
Maladie et AT-MP	Frais de santé	3,14 %	3,10 %	2,97 %	3,10 %	2,81 %	3,10 %	2,15 %
	Indemnités journalières	1,94 %	2,03 %	1,84 %	1,74 %	1,74 %	1,65 %	1,53 %
Famille	Données entrantes à 24 mois	7,40 %	6,90 %	6,80 %	8,00 %	6,20 %	8,8 %	5,20 %
	Erreurs métier	1,60 %	1,70 %	1,50 %	2,00 %	1,50 %	1,90 %	1,30 %
Vieillesse	Pensions	1,05 %	1,23 %	0,95 %	1,00 %	0,85 %	1,08 %	0,65 %

Source : Cour des comptes d'après certification et conventions d'objectifs et de gestion

¹⁹⁴ L'indicateur des données entrantes de la branche famille, calculé avec 24 mois de décalage afin d'être exact et définitif, ne peut pas prendre en compte les effets récents des actions engagées par la branche.

C - Une préoccupation croissante pour la fiabilité des opérations

De 2006 à 2012, la Cour a prononcé sept refus et trois impossibilités de certifier. Conformément à la norme ISA 705 révisée, ces opinions défavorables sont prononcées lorsque les désaccords atteignent un montant significatif au regard des enjeux du compte concerné et qu'ils présentent un caractère diffus, c'est-à-dire fondamental pour sa compréhension. Un refus est prononcé lorsque les éléments probants de ces anomalies ont été recueillis. Une impossibilité de certifier est constatée lorsque l'auditeur n'est pas en mesure de recueillir des éléments probants suffisants et appropriés, ou qu'il n'est pas possible de se forger une opinion sur leur incidence cumulée.

La branche famille n'a été certifiée qu'à partir des comptes de 2009, du fait de manquements comptables par le passé. De 2013 à 2019, les comptes de toutes les branches ont été certifiés.

Tableau n° 22 : opinions de certification du régime général de 2006 à 2025

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 à 2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Recouvrement														
Maladie														
AT-MP														
Famille														
Vieillesse														
Autonomie														

impossibilité de certifier refus de certifier certification avec réserves

Source : Cour des comptes, rapports de certification des comptes

En 2020, du fait de l'allègement des prélèvements et des contrôles durant la crise covid et des incertitudes et désaccords comptables engendrés, la Cour s'est trouvée dans l'impossibilité de certifier l'activité de recouvrement. Le désaccord s'est trouvé confirmé par un refus de certification en 2021, lorsque l'ACOSS a enregistré sur cet exercice les produits de cotisations se rattachant à l'année précédente, pour une incidence affectant à hauteur de 5 Md€ le solde du régime général. Le Parlement avait alors suivi l'opinion de la Cour et corrigé, dans le vote de la loi de financement pour 2023, le solde 2021 de la sécurité sociale.

Depuis 2022, les comptes de la branche famille n'étaient plus certifiés en raison du niveau excessif atteint par ses indicateurs de risque résiduel. En 2025, la branche a bénéficié de la généralisation, à partir de mars, du dispositif relatif aux ressources mensuelles (DRM), qui sécurise les déclarations de ressources des allocataires de la prime d'activité et du revenu de solidarité active (RSA). L'amélioration qui en résulte pour la fiabilité des prestations versées en 2025 a permis à la Cour de certifier les comptes de cet exercice, tout en maintenant une vigilance sur la trajectoire des indicateurs et sur les efforts à réaliser pour renforcer les contrôles.

Les conséquences à tirer d'un refus de certifier ne relèvent pas du certificateur, mais dépendent de l'appréciation des autorités de tutelle (direction de la sécurité sociale et direction du budget) et de la volonté de l'organisme concerné de mettre en œuvre des moyens pour redresser la situation.

Le contexte des caisses nationales du régime général diffère en plusieurs points de celui des sociétés commerciales. Établissements publics nationaux, ces caisses enregistrent des recettes constituées de prélèvements obligatoires ; elles assurent des missions de service public et la continuité de leur exploitation, qui résulte de principes constitutionnels, est organisée par la loi. De ce fait, les risques d'une insuffisante rigueur financière ne mettent pas en jeu la pérennité de leur activité.

L'élaboration d'un plan de redressement dépend de l'organisme certifié, en raison du principe de non-immixtion du certificateur dans la gestion. La Cour suit étroitement, tout au long de l'exercice de certification, la mise en œuvre des trajectoires de fiabilisation des comptes et des plans de redressement, tels ceux engagés par la branche famille depuis 2023, qui tardent à donner des résultats.

III - Des chantiers à conduire pour mieux fiabiliser les comptes et donner un nouvel élan au contrôle interne

Au regard de l'évolution constatée ces dernières années, soulignant la persistance d'insuffisances comptables et en matière de contrôle interne dans les différents organismes de sécurité sociale, il importe d'ouvrir des chantiers portant sur les systèmes d'information, les modalités de production des comptes et, plus largement, le renouvellement de l'approche du contrôle interne.

A - Des systèmes d'information anciens, en lente refonte, dans un paysage en mutation

Dans une large mesure, l'amélioration des résultats du contrôle interne ainsi que la suppression de certaines anomalies comptables dépendent de l'entrée en service de nouveaux systèmes d'information. De façon croissante, des pans entiers de la numérisation de la sécurité sociale sont désormais réalisés transversalement à l'organisation en branches, régimes et organismes. Cette voie doit être poursuivie à titre prioritaire, tout en maîtrisant les risques de pilotage et de fiabilité qu'elle comporte. Par ailleurs, l'établissement des comptes de la sécurité sociale, tels qu'ils figurent en loi de financement, pourrait être optimisé.

1 - Des systèmes de saisie et de contrôle comptable disparates

La sécurité sociale ne dispose pas de logiciel comptable unifié, qui constituerait l'équivalent de *Chorus*¹⁹⁵ dans la sphère de l'État. Le logiciel *Sinergi*, développé pour la CNAV entre 2010 et 2013 conformément au plan comptable unifié des organismes de sécurité sociale, est celui qui s'en rapproche le plus. Depuis 2016, il a été progressivement mutualisé : il a été étendu à la caisse des avocats et à celle des clercs et employés de notaires, aux régimes des indépendants, du personnel ferroviaire, des marins, des professions libérales, des cultes et des industries électriques et gazières. Il est appelé à couvrir la CNSA à compter de fin 2026.

Son déploiement à la CNAM était prévu dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion 2023-2027. Toutefois, celle-ci s'oriente désormais vers la mise en chantier de son propre système, construit selon ses processus et besoins de contrôles embarqués. Les gains d'efficience attendront sa mise en œuvre, après 2030.

La CNAF et l'ACOSS disposent de leurs propres systèmes d'information comptable, plus anciens et spécialisés. L'outil *Sicomor* de l'ACOSS, conçu en 1994, vise à comptabiliser les cotisations et contributions sociales réparties entre les branches et les régimes attributaires en s'interfaçant avec l'environnement informatique des URSSAF. Il fera l'objet d'une refonte prochaine.

¹⁹⁵ En service depuis 2012, Chorus est un progiciel de gestion intégré (ERP) conçu pour le pilotage des recettes et des dépenses de tous les ministères et des grands opérateurs de l'État. Il assure à la fois la gestion budgétaire et la comptabilité générale, la traçabilité du contrôle interne, la gestion des comptes de tiers et la facturation.

L'absence de logiciel mutualisé induit des traitements manuels et latences dans les échanges d'informations. Elle ne facilite pas en outre la production de comptes infra annuels. Pour répondre à une obligation européenne¹⁹⁶, la commission des comptes de la sécurité sociale publie trimestriellement sur son site des « comptes mensuels » mais ces travaux sont produits avec un délai de trois mois, qui est excessif. Enfin, les échanges entre organismes en vue des opérations de clôture manquent d'automatisation, ce qui allonge le calendrier d'arrêt des comptes de la sécurité sociale (voir *supra* I – B).

2 - Des moteurs de calcul des prélèvements et des prestations à moderniser, en interface avec les flux interbranches

Les systèmes de liquidation des prestations sont progressivement modernisés. Dans la branche maladie, le moteur historique *Iris* est en cours de remplacement par le système *Météore* issu d'un partenariat avec la mutualité sociale agricole. Ce logiciel permet de déployer des contrôles embarqués préalables à la mise en paiement des prestations. Ainsi, la CNAM a pu déployer des contrôles ciblés vérifiant la conformité du remboursement et des délivrances en pharmacie. En revanche, le remplacement du logiciel de liquidation des indemnités journalières d'arrêt de travail rencontre des difficultés de déploiement, en retardant l'adoption.

L'applicatif central de la CNAV, l'*Outil retraite*, a été conçu dans les années 1990 et mis en production en 2003. Du fait de sa vétusté, de nombreux processus financiers sont réalisés dans des applicatifs de contournement. La refonte de cet outil est prévue et devrait s'étaler sur une dizaine d'années, mais accuse du retard. L'outil *Cristal* de la CNAF date de 1998 et occasionne les mêmes difficultés, même si sa modernisation est en cours. Ces travaux sont indispensables dans le cadre des prochaines conventions d'objectifs et de gestion 2028-2032¹⁹⁷.

Pour la branche autonomie, les systèmes d'information restent éclatés. Ils ne couvrent pas encore de façon complète et contrôlable l'instruction des dossiers, l'orientation des personnes, le suivi des résidents dans les établissements médico-sociaux, l'attribution des prestations et le calcul des dotations. Pour cette raison, les chantiers informatiques portés par la CNSA présentent un caractère prioritaire.

¹⁹⁶ La directive européenne 2011/85, dite « cadres budgétaires », prévoit la publication de données comptables mensuelles sur le champ des administrations de sécurité sociale.

¹⁹⁷ Cf. chapitre XI du présent rapport, « La CNAF et la CNAV à l'épreuve de réformes fréquentes et complexes ».

L'ACOSS, enfin, fait évoluer son système pour identifier l'information des cotisations à l'échelle de chaque salarié, et non plus seulement agrégée à celle des établissements cotisants. Des contrôles sont déjà déployés à ce titre sur les déclarations. La bascule complète de la maille agrégée vers la maille individuelle, recommandée par la Cour afin de sécuriser les droits des salariés, n'interviendra toutefois que dans le cadre de la prochaine convention d'objectifs et de gestion 2028-2032.

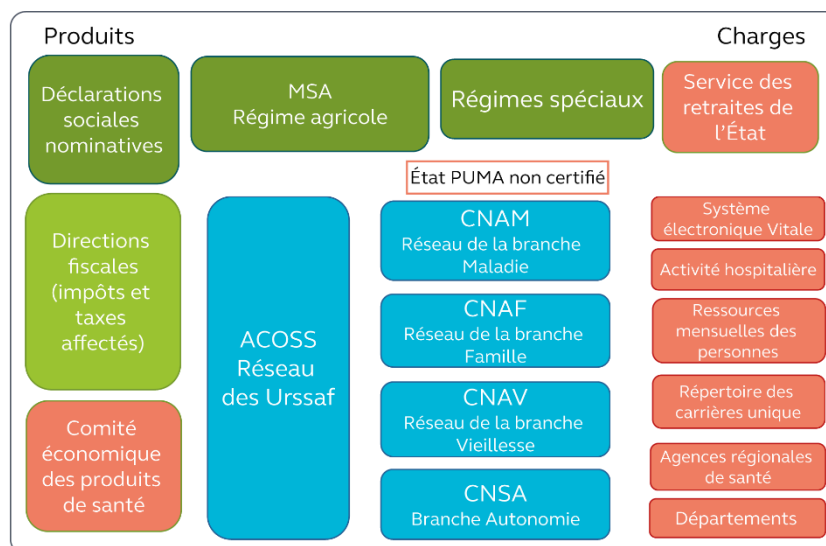
Les systèmes d'information doivent évoluer et s'interfacer avec des flux de plus en plus transverses. La Cour a régulièrement relevé l'intérêt de déployer des systèmes communs, tels que le dispositif ressources mensuelles (DRM) pour le versement des prestations¹⁹⁸ ou le répertoire de gestion des carrières unique (RGCU) pour la gestion inter-régimes des retraites¹⁹⁹. De surcroît, les organismes doivent échanger avec des partenaires externes tels que l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation, les départements et les agences régionales de santé.

Ainsi, comme l'illustre le schéma ci-après, les processus de la sécurité sociale s'appuient sur des flux transverses ou externes qui déterminent le calcul, l'attribution ou le versement des prélèvements et des prestations. Toutefois, leur qualité et leur fiabilité ne font pas toujours l'objet de diligences spécifiques de certification.

¹⁹⁸ Cour des comptes, « Les prestations sociales versées en fonction des ressources de leurs bénéficiaires : simplifier pour mieux gérer », *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2022*, chapitre IX, octobre 2022.

¹⁹⁹ Cour des comptes, *Le répertoire de gestion des carrières unique : un projet ambitieux, un suivi des coûts peu transparent*, observations définitives, décembre 2024.

Schéma n° 1 : organismes de sécurité sociale, flux et partenaires²⁰⁰



Note : La Cour certifie les comptes du régime général (en bleu) et de l'État (en vert clair). Les régimes agricoles et spéciaux, ainsi que la caisse d'amortissement de la dette sociale, sont certifiés par des commissaires aux comptes (en vert foncé). Le flux des déclarations sociales nominatives fait l'objet d'un audit spécifique. Les entités en orange ne font pas l'objet de diligences spécifiques et pérennes de certification. L'état financier de la protection universelle maladie (PUMA), qui intègre le résultat de tous les régimes maladie, n'est pas certifié (voir I – B).

Source : Cour des comptes

La déclaration sociale nominative (DSN) simplifie et dématérialise les données individuelles des salariés (salaires, cotisations, absences, etc.) transmises obligatoirement par les entreprises. Les constats de certification ont conduit à renforcer les exigences de la norme technique et les contrôles embarqués pour ces déclarations. Les plans d'action conduits ont permis de réduire de plus de 20 % les individus mal identifiés et ainsi d'appliquer les taux de cotisation adéquats et de restaurer leurs droits sociaux (retraite, chômage, indemnités journalières, etc.).

Les autres flux et entités peuvent tenir compte de constats réalisés dans le cadre de la certification des comptes mais la pratique n'est pas

²⁰⁰ Représentation simplifiée. Les dépenses du service des retraites de l'État entrent dans le périmètre de la certification de l'État, mais le fonctionnement de ce service en tant que régime de base de sécurité sociale n'est pas certifié. Il en va de même pour l'activité des agences régionales de santé en lien avec les dépenses de sécurité sociale, ou encore de l'ensemble des processus du comité économique des produits de santé.

systématique, ce qui exige un renforcement des engagements mutuels entre ces partenaires par voie de convention (voir *infra*).

B - Une impulsion à redonner au contrôle

En dépit de la réforme mise en œuvre par le décret du 30 septembre 2022, le contrôle interne reste, dans l'ensemble, insuffisamment étendu comme le montrent les résultats des indicateurs de risque résiduel. Une nouvelle impulsion doit être donnée, en veillant à ce que les actions menées contribuent au versement à bon droit.

1 - Des moyens humains à mobiliser et une priorité à renforcer dans la contractualisation des objectifs et de la gestion

La logique du décret du 30 septembre 2022 reposait sur une plus grande implication des services métiers dans les tâches de contrôle. Celles-ci ne peuvent résulter de la seule activité des directions comptables et financières, qui représentent 2,6 % des effectifs de chaque branche.

Le contrôle est à la fois externe et interne : il peut concerner la vérification de la situation des allocataires ou des cotisants, ou toute autre source de données, ce qui nécessite des équipes de contrôleurs spécialisés ; ou englober l'intégralité des actions menées au sein de la structure pour assurer la fiabilité des opérations. Les contrôles humains étant principalement pratiqués *a posteriori* et par échantillons, les frontières entre contrôle externe et interne sont variables et rarement étanches.

S'agissant du contrôle externe, un rapport de l'union des caisses nationales de sécurité sociale, au 31 décembre 2025, indique que 2,9 % de l'effectif des caisses relève de cette famille professionnelle. Ce taux connaît de fortes disparités entre les caisses. L'ACOSS et le réseau des URSSAF y consacrent 11 % de leur effectif, la CNAF 2,8 %, la CNAM 1,4 % et la CNAV 0,8 %. L'effectif des contrôleurs des allocataires de la CNAF, en lente croissance de 1 % sur 3 ans, atteint 726 ETP en 2024.

S'agissant de l'effectif spécialisé dans la maîtrise des risques internes, il s'élève à 3 % du total. En 2024, le contrôle interne mobilisait 6 467 ETP au sein de la CNAM, en y incluant la lutte contre la fraude et le service du contrôle médical. Ce nombre a crû de 5 % en trois ans pour atteindre 9 % de l'effectif total. L'incidence financière du contrôle interne a augmenté grâce à de nouveaux contrôles, reposant en grande partie sur des automates, qui permettent d'éviter des préjudices.

La CNAF et la CNAV ont réorienté leur stratégie au cours des dernières années, en valorisant l'incidence financière des contrôles plutôt que leur quantité. Ainsi, les montants de résultats financiers des contrôles augmentent, tandis que le nombre de contrôles diminue. Par exemple, grâce au forage des données (*data mining*), les contrôles sur place de la branche famille ont baissé de 27 % en quatre ans pour un rendement accru de 41 %.

Néanmoins, la baisse des résultats des indicateurs de risque résiduel (voir *supra*), qui portent sur l'ensemble de la dépense et non pas seulement sur les dossiers les plus à risque, montre que cette stratégie de contrôle ciblé ne suffit pas pour améliorer la fiabilité globale des opérations. En effet, une dégradation de la qualité générale d'une grande proportion de dossiers peut avoir une incidence globale supérieure à un accroissement localisé de la détection des erreurs et des fraudes. Le contrôle doit donc rester mobilisé sur l'ensemble du spectre des opérations et non seulement sur les dossiers à enjeux.

Une des difficultés provient du fait que les conventions d'objectifs et de gestion fixent des objectifs de résultats en matière de contrôle interne et de production (délais de paiement, niveau des stocks), sans indiquer le niveau des contrôles à conduire. À rendement constant du contrôle interne ou en cas d'atteinte des objectifs, cette liberté de gestion est bienvenue mais, en cas de dégradation, elle laisse perdurer un niveau élevé d'erreurs, avec un coût pour les financeurs non retrace dans les comptes.

Ainsi, la convention 2023-2027, conclue entre l'État et la CNAM, ne prévoit pas d'indicateur relatif au nombre des contrôles, à part ceux du service médical, ni à leur taux de réalisation. Seuls sont suivis les indicateurs de risque résiduel, dont les résultats n'atteignent pas complètement les objectifs fixés (voir *supra*). Pour la CNAV et la CNAF, les objectifs sont fixés en terme de résultat des indicateurs de risque financier résiduel, mais ne comportent pas de nombre ou de proportion de contrôles.

Pour la CNSA enfin, la convention 2022-2026, dont le renouvellement est en préparation, ne prévoit aucun indicateur de contrôle, ni au titre des résultats directement imputables à la CNSA, ni au titre de son réseau. L'engagement afférent (n° 26) se décline en quatre actions évaluables, dont les trois relatives aux conventions avec les partenaires sont incomplètement mises en œuvre. La CNSA est dans une situation particulière qui résulte de son absence de réseau²⁰¹. Cela doit la conduire à contractualiser le développement du contrôle interne et de la lutte contre la fraude avec ses partenaires, et à le suivre par des indicateurs auditables.

²⁰¹ Cour des comptes, « Une branche autonomie aux leviers insuffisants pour faire face à des enjeux démographiques cruciaux », *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2025*, Chapitre X

Une convention en ce sens a été signée avec la CNAF, le 27 novembre 2025. Cette démarche doit être généralisée avec les départements, qui versent des prestations et dont dépendent les maisons départementales des personnes handicapées, lesquelles attribuent les droits. Elle doit l'être aussi avec les agences régionales de santé, qui déterminent les dotations des établissements médico-sociaux.

2 - Pour la lutte contre les fraudes, des marges de progression dans les organismes et entre les administrations

Des démarches d'estimation des préjudices subis au titre de la fraude non détectée ont été généralisées dans les caisses à la demande des tutelles, à la suite de la communication de la Cour au Sénat²⁰² et du rapport de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale²⁰³ en 2020. Depuis 2022, la CNAM s'est engagée dans un cycle triennal d'estimation de la fraude par secteurs des prestations de santé en nature et en espèces. La CNAV a engagé une estimation sur plusieurs exercices. L'ACOSS, enfin, évalue chaque année la fraude potentielle résultant du travail partiellement dissimulé. Ces démarches d'estimation statistique se heurtent toutefois à des limites : des pans importants restent exclus, comme le travail totalement dissimulé²⁰⁴ ou encore les séjours hospitaliers. La fraude à la résidence n'est pas évaluée. En 2025, la CNAM a complété le premier cycle triennal portant sur les dépenses des années 2018-2019, et a entamé un nouveau cycle.

Les conventions d'objectifs et de gestion 2023-2027 ont fixé aux organismes des objectifs plus ambitieux. Les montants détectés et sanctionnés sont croissants et ont déjà dépassé les nouveaux objectifs, sauf pour la branche vieillesse. Ces redressements restent néanmoins très en-deçà des estimations de la fraude produites par les organismes, qui étaient en 2025 – sur des périmètres encore incomplets – de 5,3 Md€ pour la fraude aux prélèvements²⁰⁵, de 2,1 Md€ pour les prestations maladie, de 4,3 Md€ sur les prestations versées par la CNAF et de 0,3 Md€ sur les prestations de retraite.

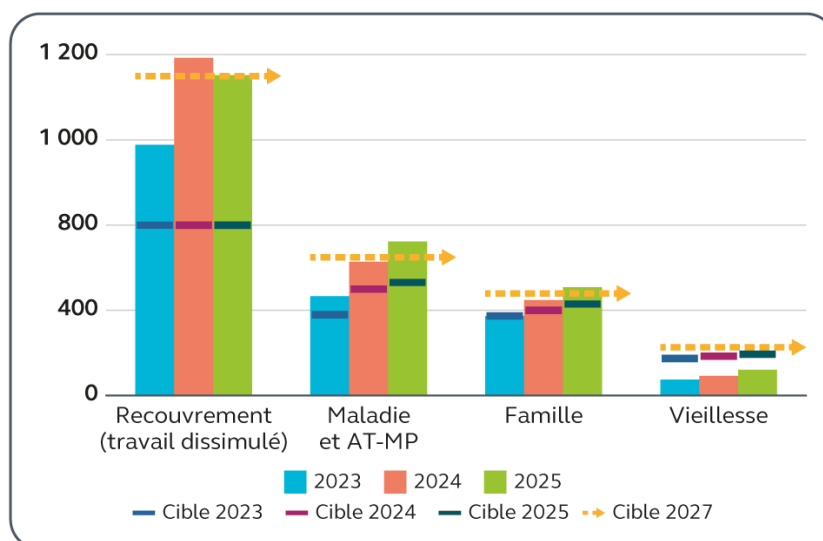
²⁰² Cour des comptes, *La lutte contre les fraudes aux prestations sociales*, septembre 2020.

²⁰³ *Commission d'enquête relative à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales*, septembre 2020.

²⁰⁴ Voir aussi Cour des comptes, *La fraude aux prélèvements sociaux liés au travail dissimulé*, communication à l'Assemblée nationale, avril 2026.

²⁰⁵ Hors champ des travailleurs indépendants et sans le travail totalement dissimulé. La fraude totale est estimée par la Cour à plus de 8,5 Md€ (cf. note précédente).

Graphique n° 15 : résultats de la lutte contre la fraude par rapport aux cibles des conventions d'objectif et de gestion 2023-2027 (en M€)



Note : le résultat inclut le préjudice interrompu, qui comprend une part estimative, et le préjudice subi. Pour le recouvrement, seule est mentionnée la lutte contre le travail dissimulé ; en mars 2025 sa cible en cumul sur la durée de la COG a été réhaussée à 5,5 Md€.

Source : Cour des comptes d'après conventions d'objectifs et de gestion et bilans annuels.

De surcroît, le recouvrement des indus frauduleux est très variable (en 2024, 8 % pour le travail dissimulé, 53 % pour l'assurance maladie, 53 % pour la branche famille, environ 70 % des montants redressés s'agissant des retraites) et souvent en dégradation. Cette variabilité est liée à la nature de la fraude (le fraudeur peut organiser son insolvabilité ou son extra-territorialité) et à la durée des procédures, en particulier judiciaires.

Une amélioration de la fiabilité des prélèvements et des versements exigerait le développement des rapprochements de données entre administrations, en amont de l'attribution des droits et prestations et en aval, dans certains cas de suspicion de fraudes. Entre les branches du régime général, les données de gestion des bénéficiaires (résidence, domiciliation bancaire, composition familiale) ne sont pas nativement partagées, chaque réseau disposant de ses propres systèmes d'information, ce qui expose les organismes à des fraudes non détectées. Le développement d'outils automatisés de comparaison des données et de détection des incohérences permettrait de réduire ces risques.

Les dispositifs de lutte contre la fraude externe et interne, examinés chaque année dans le cadre de l'audit de certification, pâtissent d'un accès insuffisant aux données détenues par d'autres entités publiques (administrations fiscale et douanière, Intérieur, Justice, Transports), mais également par les collectivités territoriales, dont, au premier chef, les départements qui remplissent un rôle important dans l'attribution et le versement des aides, notamment pour la branche autonomie. Les dossiers poursuivis au titre de la lutte contre les fraudes peuvent être partagés entre organismes sociaux et avec le reste de la sphère publique au cas par cas. Toutefois, malgré des progrès en ce sens, la pratique n'est pas systématisée entre toutes les branches, y compris lorsqu'elle permettrait de recouvrer les indus sur prestations²⁰⁶.

Les rapprochements de fichiers existants souffrent de nombreuses limites. L'indexation des personnes physiques ne repose pas toujours sur le numéro de sécurité sociale en dépit des avancées législatives qui le permettent, ce qui entrave l'identification systématique des personnes. De nombreuses bases de données publiques, dont la consultation par des agents habilités permettrait de prévenir la fraude ou de confirmer des indices concordants, restent à cartographier, de manière à donner aux enquêteurs des organismes les habilitations nécessaires.

3 - Une sécurisation du paiement à bon droit à anticiper dans les mesures nouvelles

Dans son exercice de certification, la Cour prête une attention particulière à la mise en œuvre des mesures nouvelles, résultant principalement des lois de financement de la sécurité sociale, afin d'obtenir une garantie suffisante du paiement à bon droit des prestations concernées. À ce titre, elle observe régulièrement des décalages entre l'entrée en vigueur de ces mesures et le déploiement d'un contrôle interne adapté, voire dans certains cas, une incapacité de contrôle suffisant de la part des organismes.

²⁰⁶ Cour des comptes, « La gestion des indus par les caisses de sécurité sociale du régime général : une détection à renforcer, un recouvrement à optimiser », *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2025*, chapitre IX, mai 2025.

**Des mesures mises en œuvre sans cadre de contrôle
préalablement adapté**

L'indemnité inflation a été créée par la loi de finances rectificative du 1^{er} décembre 2021. La Cour a relevé une insuffisance de contrôles, ne permettant pas d'assurer l'unicité du versement de l'aide à chaque bénéficiaire. Ce constat a été confirmé par l'identification de 1,4 million de doublons, soit 140 M€ de versements indus²⁰⁷.

D'autres cas identifiés correspondent à l'absence de vérification des conditions requises pour les téléconsultations médicales ou encore à la non-application de pénalités prévues.

Ces insuffisances nécessitent une meilleure anticipation du cadre de contrôle afin de sécuriser le paiement à bon droit des prestations. Les études d'impact des projets de loi devraient inclure une anticipation de la justification *in fine* des comptes correspondants. Elles devraient décrire, du point de vue des opérateurs, les effets de la mesure proposée sur la complexité des règles à mettre en œuvre, et analyser les possibilités de simplification des mécanismes et prestations existantes grâce au nouveau dispositif. Enfin, elles devraient prévoir les règles nécessaires à la prévention des risques de fraude.

Ce résultat pourrait être atteint en complétant l'article 8 de la loi organique du 15 avril 2009 relative à l'application des articles 34-1, 39 et 44 de la Constitution, qui précise le contenu obligatoire des études d'impact.

²⁰⁷ Cour des comptes, *rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale de l'exercice 2022*, mai 2023.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Depuis vingt ans, la certification des comptes a renforcé la rigueur des pratiques comptables au sein des organismes de sécurité sociale. D'un coût peu élevé (11,1 M€) rapporté aux montants en jeu, elle participe à la confiance des partenaires sociaux, des élus et des citoyens dans la gestion des prélèvements et des charges par les régimes. Les exigences fixées et les résultats obtenus en matière de contrôle interne et de conformité constituent une injonction forte à l'amélioration continue.

Toutefois, les progrès des organismes sont lents, tributaires d'évolutions de structures, de systèmes d'information complexes et de réformes dont la mise en œuvre exige la coopération de nombreuses entités. L'importance accordée au contrôle interne est souvent insuffisante. Les montants de fraude interrompue et recouvrée restent trop modestes.

L'amélioration continue des dispositifs doit reposer sur une conception plus robuste et plus étendue des indicateurs de risque financier résiduel, et une analyse accrue de leur résultat. Une meilleure connaissance des anomalies qu'ils révèlent permettra d'ajuster les outils de prévention des erreurs et des fraudes, de concentrer le ciblage des contrôles et d'ajuster leur volume aux besoins. La montée en puissance du contrôle interne doit se concentrer sur l'objectif d'assurer le paiement à bon droit des prestations, ce qui nécessite une plus grande transversalité dans les systèmes d'information et le partage des données.

La Cour formule les recommandations suivantes, à mettre en œuvre avant la fin de l'exercice 2027 :

- 5. de manière à compléter les dispositifs de prévention et de détection des erreurs et des fraudes, renforcer l'analyse du résultat des indicateurs de risque résiduel (caisses nationales de l'assurance maladie, d'assurance vieillesse et des allocations familiales, agence centrale des organismes de sécurité sociale) ;*
 - 6. afin d'améliorer la connaissance des bénéficiaires entre branches et de sécuriser les droits aux prestations, développer à l'occasion des prochaines conventions d'objectifs et de gestion, des outils automatisés de comparaison des données et de détection des incohérences (ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées) ;*
 - 7. afin de sécuriser à la source les prestations et de contribuer à la lutte contre la fraude, cartographier les bases de données utiles des administrations et renforcer le pilotage des rapprochements de données (ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'action et des comptes publics).*
-

Deuxième partie

Des réformes nécessaires pour assurer un redressement pérenne des comptes sociaux

Chapitre V

**Les franchises et participations
forfaitaires de l'assurance maladie :
des optimisations nécessaires,
des transformations envisageables**

PRÉSENTATION

Les participations forfaitaires et les franchises sont des contributions financières payées par les patients lorsqu'ils consomment des soins. Elles s'ajoutent au ticket modérateur mais, au contraire de ce dernier, ne peuvent pas être remboursées par les complémentaires santé. Les participations forfaitaires sont fixées à deux euros pour chaque consultation médicale, acte de radiologie ou de biologie, dans la limite d'un plafond annuel de 50 €. Les franchises médicales s'établissent quant à elles à un euro par boîte de médicament ou acte paramédical, et à quatre euros par transport sanitaire ; elles sont également plafonnées à 50 € annuels.

Ces deux dispositifs, créés respectivement en 2004 et en 2008, visent à réduire le montant des dépenses de soins et de produits médicaux remboursés par l'assurance maladie afin de responsabiliser les assurés dans leur consommation. Leur rendement s'est élevé à 2,5 Md€ en 2025.

Après une quinzaine d'années sans changement majeur, les montants des franchises et participations ont été doublés en 2024, tandis que leurs plafonds annuels ont été maintenus. De nouvelles mesures, envisagées dans le cadre de la préparation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, ont finalement été abandonnées : un nouveau doublement des montants mais aussi des plafonds, un élargissement du périmètre à de nouvelles professions de santé, ainsi qu'une refonte des modalités de recouvrement.

De telles évolutions appellent un réexamen de la pertinence et de l'adéquation de ces dispositifs au regard de leurs objectifs. Leur rôle dans le financement de l'assurance maladie doit s'articuler avec l'impératif de préservation de l'accès de tous à la santé.

En effet, si ces dispositifs présentent un rendement significatif, leur effet de responsabilisation des patients est incertain du fait de la complexité et de la faible lisibilité de leur cadre juridique et de gestion (I). Au-delà d'une optimisation de leurs paramètres et de leur gestion, des pistes d'évolution de moyen terme sont envisageables pour en renforcer la lisibilité, l'équité et, potentiellement, le rendement (II).

Chiffres-clés

- Participations : 2 € par consultation médicale ou acte de radiologie ou biologie, avec un plafond annuel de 50 €.
- Franchises : 1 € pour les actes des auxiliaires médicaux (plafond journalier de 4 €) et les médicaments, et 4 € pour les transports sanitaires (plafond journalier de 8 €) – avec un plafond annuel global de 50 €.
- 48 millions d'assurés concernés.
- Le taux de reste à charge demeure en France (10,2 % en 2023) l'un des plus faibles de l'OCDE.
- 2,5 Md€ d'atténuations de dépenses tous régimes sur les remboursements de soins en 2025.
- Un taux de recouvrement en baisse : 90 % pour la période 2010-2014, 78 % pour la période 2020-2024, soit 1,5 Md€ de créances à ce titre fin 2024 pour l'assurance maladie.
- La tranche entre 46 € et 50 € dus au titre des franchises est atteinte par 33 % des assurés ; pour les participations forfaitaires, le ratio est de 21 %.

I - Un rendement significatif, une responsabilisation des assurés non démontrée

Depuis leur création, les franchises et participations visent à contribuer à la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie et à responsabiliser les assurés. La complexité et la faible lisibilité des dispositifs minorent l'atteinte de ces objectifs, en particulier du second.

A - Des dispositifs complexes et peu lisibles, mais d'un rendement important pour l'assurance maladie

Malgré un régime juridique (montants, périmètres, exemptions) complexe et opaque, les franchises et participations sont une source importante d'atténuation des dépenses de sécurité sociale, tout en ayant un impact modéré en moyenne sur le reste à charge pour les assurés.

1 - Des objectifs imbriqués, des modalités qui diffèrent

La participation forfaitaire²⁰⁸ a été créée par l'article 20 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie pour « *responsabiliser l'assuré dans son comportement de soins* »²⁰⁹. Elle s'applique aux consultations ou aux actes réalisés par un médecin, aux examens radiologiques et aux analyses de biologie médicale. La franchise médicale²¹⁰ a été créée par l'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 afin de « *dégager des marges pour financer les priorités de santé publique définies par le Président de la République* »²¹¹. Elle s'applique aux boîtes de médicaments, actes paramédicaux réalisés par les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues, et aux transports sanitaires²¹² hors urgence.

Les montants unitaires et les plafonds de ces dispositifs relèvent du domaine réglementaire suivant des modalités différentes. Les participations relèvent d'un décret en Conseil d'État qui fixe une fourchette. La décision de leur montant revient au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie²¹³. En 2024, celui-ci a retenu le montant minimal de la fourchette, soit 2 €. Concernant les franchises, les montants, qui diffèrent en fonction de l'acte ou du produit concerné, relèvent d'un décret simple. La franchise ne peut être supérieure au montant remboursé par l'assurance maladie et est écartée le cas échéant²¹⁴.

²⁰⁸ II de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

²⁰⁹ Exposé des motifs du projet de loi. Dans sa décision n° 2004-504 DC du 12 août 2004, le Conseil constitutionnel n'évoque pas cet objectif, mais « *l'exigence de valeur constitutionnelle qui s'attache à l'équilibre financier de la sécurité sociale* ».

²¹⁰ III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

²¹¹ Annexe n°9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, citant le financement de la recherche contre la maladie d'Alzheimer, des soins palliatifs et du plan cancer. Dans sa décision n°2007-558 DC du 13 décembre 2007, le Conseil constitutionnel a repris la même formule que celle citée dans la note n° 2.

²¹² Les transports sanitaires font, quant à eux, l'objet du chapitre VII du présent rapport : Cour des comptes, *Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie : une dépense à réguler, des acteurs à mieux responsabiliser*.

²¹³ L'UNCAM regroupe les représentants du régime général et du régime agricole (MSA) ; son directeur général est également celui de la CNAM.

²¹⁴ Cet écartement n'existe pas pour les participations forfaitaires du fait de leur mode de comptabilisation, en nombre ; en outre, leur montant a toujours été, jusqu'à présent, inférieur à celui remboursé pour les actes et consultations.

Le cas des médicaments dont le prix est inférieur à la franchise

Sans compter les honoraires de dispensation afférents, 740 médicaments ont, depuis 2024, un montant de remboursement moyen inférieur à 1 € : sous réserve de l'exigibilité de la franchise et de l'application du plafond annuel, ces médicaments peuvent ne plus être remboursés. Cela représente le tiers des boîtes de médicaments vendues en 2024, soit 773 millions de boîtes, pour un montant remboursé de 622 M€. En cas de doublement de la franchise à 2 €, cela concernerait 2 090 médicaments, soit 58 % des boîtes de médicaments écoulées en 2024²¹⁵.

Les franchises et participations font l'objet de plafonds journaliers (doublés en 2024), qui ne s'appliquent pas dans les mêmes conditions selon le dispositif et, à l'intérieur de celui-ci, selon les actes ou produits concernés. Ainsi, le plafond journalier des franchises est exprimé en montant (4 € pour les actes paramédicaux, 8 € pour les transports), alors que celui des participations est exprimé en nombre d'actes ou de consultations (4 effectués par un même professionnel par jour, soit 8 €) – tandis que les franchises de médicament n'ont pas de plafond journalier.

En plus de ce plafond journalier, les franchises et participations font, chacune, l'objet d'un plafond annuel, exprimé en nombre pour les participations forfaitaires (25 par an, soit 50 €), et en montant pour les franchises (50 €). Ces plafonds annuels sont restés identiques depuis la création des deux dispositifs.

Les franchises et participations concernent tous les assurés qui demandent le remboursement de frais de santé (sauf exceptions, cf. *infra*), respectant ou non le parcours de soins coordonnés, ayant ou non un médecin traitant, relevant de la branche maladie ou de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, et quel que soit leur état de santé. Les patients en affection de longue durée (19 % de la population assurée) n'en sont pas exemptés et représentent un quart des assurés payant ces dispositifs.

2 - Des exceptions nombreuses, diversement justifiées

Les exceptions s'appliquent en fonction soit du statut de l'assuré, soit de la nature des actes et dispositifs.

²¹⁵ Données Cour des comptes, source assurance maladie, *Open Medic*.

Sont exemptés les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S), avec ou sans participation financière²¹⁶, les enfants mineurs, les personnes relevant du régime spécial de sécurité sociale des entreprises minières et assimilées, les assurés relevant de la caisse de sécurité sociale de Mayotte - aucun texte réglementaire ne prévoyant leur application sur ce territoire -, les femmes enceintes, du premier jour du sixième mois de grossesse au douzième jour après l'accouchement²¹⁷, ainsi que les bénéficiaires de l'aide médicale d'État, qui n'ont pas la qualité d'assurés de l'assurance maladie. Les titulaires d'une pension militaire d'invalidité et les victimes de terrorisme sont exemptés pour les prestations, actes et consultations résultant de l'invalidité ou de l'acte de terrorisme concerné. Enfin, les détenus sont assujettis mais l'État en assure la prise en charge. Au total, 18 millions d'assurés ne paient ni franchises ni participations forfaitaires.

Les franchises et participations s'appliquent aux soins de ville et, dans les soins hospitaliers, aux consultations externes ou dans les services d'urgence (depuis 2007). Elles ne concernent pas les actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. Les actes et consultations des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes ne sont pas concernés car les textes fondant ces dispositifs ne visent que les médecins et les auxiliaires médicaux. Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale prévoit que la franchise concerne également les « *prestations effectuées par un pharmacien d'officine* »²¹⁸ mais l'arrêté ministériel devant les définir n'a jamais été pris et la franchise n'est, en conséquence, pas mise en œuvre. Enfin, les dispositifs médicaux²¹⁹ ne sont pas non plus concernés. Au total, les franchises et participations portent sur une dépense totale de soins remboursés de 73 Md€, tandis que 151 Md€ en sont exonérés.

²¹⁶ La C2S est une couverture complémentaire financée par l'État, destinée aux personnes disposant de ressources modestes. Elle est attribuée soit gratuitement (en cas de ressources annuelles inférieures à 10 339 € en 2025), soit en contrepartie d'une cotisation minimale (1 € par jour et par personne au maximum si les ressources annuelles s'établissent entre 10 339 et 13 957 € en 2025).

²¹⁷ Elles ne relèvent pas de l'assurance maladie mais de l'assurance maternité, laquelle ne prévoit pas ces dispositifs.

²¹⁸ Vaccinations, tests rapides d'orientation diagnostique pour les angines et les cystites, bilans de médication, autres missions d'accompagnement etc.

²¹⁹ Pansements, prothèses physiques ou auditives, optique, aides techniques, dispositifs de traitement de l'apnée du sommeil, de contrôle du diabète, etc.

Tableau n° 23 : périmètres des franchises et participations forfaitaires

<i>Personnes</i>	<i>Nombre</i>
<i>Ne relevant pas de l'assurance maladie</i>	
<i>Femmes enceintes (assurance maternité)</i>	627 000
<i>Bénéficiaires de l'aide médicale d'État</i>	466 000
<i>Exemptées</i>	
<i>Enfants mineurs</i>	14 007 000
<i>Bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire</i>	7 440 000
<i>Assurés relevant de la caisse de sécurité sociale de Mayotte</i>	217 000
<i>Assurés relevant du régime des entreprises minières et assimilées</i>	70 000
<i>Titulaires d'une pension militaire d'invalidité</i>	1 400
<i>Victimes de terrorisme</i>	Non connu
<i>Soumises aux participations et franchises</i>	
<i>Nombre total</i>	48 000 000
<i>Prestations</i>	<i>en M€</i>
<i>Actes et consultations relevant des franchises et participations</i>	
<i>Médicaments</i>	25 100
<i>Consultations médicales</i>	21 800
<i>Actes d'auxiliaires médicaux</i>	16 300
<i>Transports sanitaires</i>	6 300
<i>Analyses biologiques</i>	3 500
<i>Total dépenses relevant des franchises et participations</i>	73 000
<i>Exemptions</i>	
<i>Séjours à l'hôpital</i>	105 460
<i>Médico-social</i>	31 240
<i>Dispositifs médicaux</i>	8 980
<i>Dentistes</i>	4 470
<i>Actes et consultations des sages-femmes</i>	570
<i>Actes des pharmaciens d'officine</i>	160
<i>Risque sanitaire grave et exceptionnel</i>	pour mémoire
<i>Total dépenses exemptées</i>	150 880

Source : Cour des comptes à partir des données de l'assurance maladie, de la direction de la sécurité sociale (DSS), de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et des organismes concernés

3 - Un rendement significatif, fortement accru en 2024, dont l'effet sur le reste à charge moyen des ménages reste limité

Le rendement des deux dispositifs est resté stable de 2009 à 2020, aux alentours de 1,3 Md€ par an pour le régime général, qui représente plus de 90 % des montants remboursés. Il a augmenté en 2021 et en 2022 du fait des dépenses au titre de la pandémie de Covid. Le doublement des montants unitaires, intervenu en cours d'année, a conduit en 2024 à une hausse de rendement de 580 M€ (+ 40 %). En année pleine 2025, l'augmentation par rapport à 2023 atteint 820 M€ (+ 56 %), dont 470 M€ pour les participations et 350 M€ pour les franchises. Pour l'ensemble des régimes de base, le montant total en 2025 s'établit ainsi à 2,5 Md€, dont 2,29 Md€ pour le régime général.

**Tableau n° 24 : évolution du rendement pour le régime général
des participations forfaitaires et des franchises (en M€)**

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025 (p)
<i>Participations forfaitaires</i>	589	599	691	664	637	927	1 107
<i>Franchises</i>	798	775	810	832	833	1 127	1 183
Total	1 387	1 374	1 501	1 496	1 470	2 054	2 290

Source : Cour des comptes d'après les données de l'assurance maladie et de la DSS, régime général, France entière

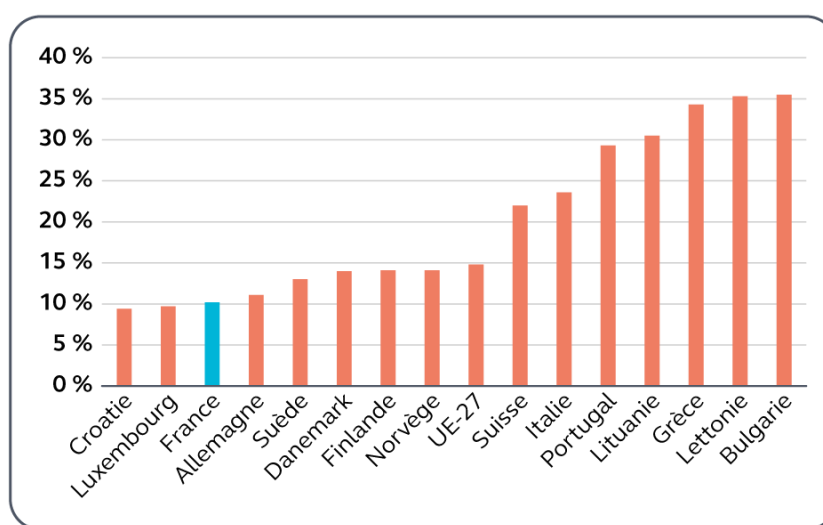
Les participations se répartissent par tiers entre consultations de médecins généralistes, de médecins spécialistes et de biologie. Les franchises relèvent à près de 80 % des médicaments. Depuis le doublement de 2024, leur coût moyen annuel par assuré est de 25 € (participations) et 27 € (franchises), contre 16 et 18 € précédemment.

Ce doublement a contribué en 2024 à une augmentation du reste à charge des patients, lequel s'élève désormais à 292 € en moyenne par habitant, en hausse de 5,8 % par rapport à 2023²²⁰. Le reste à charge diminuait depuis plus de dix ans principalement en raison de l'exonération de ticket modérateur au titre des affections de longue durée, en progression sous l'effet du vieillissement de la population. À cela s'est ajouté l'effet de l'application de nouvelles mesures comme celle du

²²⁰ DREES, *Dépenses de la santé 2024*, édition 2025.

100 % santé²²¹. Le taux de reste à charge en France demeure l'un des plus faibles des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), après la Croatie et le Luxembourg.

Graphique n° 16 : comparaison internationale de la part de la dépense courante de santé au sens international²²² restant à la charge des ménages en 2023 (en pourcentage)



Source : DREES, Les dépenses de santé en 2024, mise en forme Cour des comptes

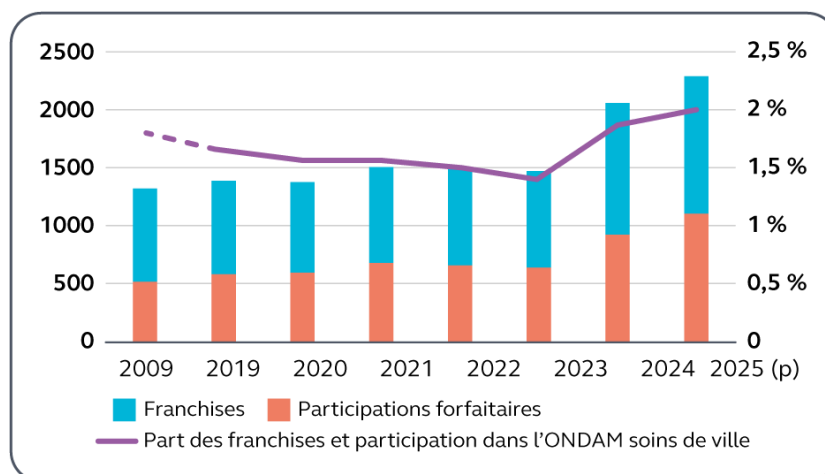
La part des franchises et participations rapportée à l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) a diminué depuis leur création, passant de 0,9 % en 2009 à 0,6 % en 2023²²³. Le doublement de leurs montants en 2024 les a fait remonter à 0,8 % de l'ONDAM, soit un ratio proche de celui constaté à leur création. Au sein de l'ONDAM, les franchises et participations représentent un peu plus de 2 % des dépenses de soins de ville en 2024, sur lesquels portent ces dispositifs, soit autant qu'en 2009.

²²¹ Le 100 % Santé est une offre accessible à tous les Français bénéficiant d'une assurance complémentaire santé responsable ou de la complémentaire santé solidaire, grâce à laquelle leurs soins et équipements en audiologie, optique et dentaire, dans un panier déterminé, sont pris en charge à 100%.

²²² Agrégat défini par l'Organisation mondiale de la santé, l'OCDE et EUROSTAT pour comparer les comptes de santé à l'échelle internationale. Il intègre les dépenses liées à la consommation des biens et services médicaux, mais aussi à la gouvernance du système de santé et à la prévention.

²²³ Projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de 2024, annexe n°1, rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale maladie 2025.

**Graphique n° 17 : évolution des franchises et participations (en M€)
et de leur part dans les dépenses remboursées de soins de ville (en %)**



Source : Cour des comptes d'après les données de l'assurance maladie et de la DSS – régime général, France entière

B - Des objectifs de rendement et de responsabilisation diversement atteints

Le rendement des participations et franchises n'est pas optimal et constitue une source d'inégalités entre assurés du fait des modalités de recouvrement. En outre, l'atteinte de l'objectif de responsabilisation n'est pas démontrée.

1 - Un rendement minoré par un recouvrement peu efficient

L'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale ouvre trois voies de recouvrement : la récupération par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir, le paiement direct de l'assuré à l'organisme d'assurance maladie ou le prélèvement sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier. Cette possibilité n'a jamais été mise en œuvre, faute de décret d'application.

D'après une circulaire de mai 2009, le prélèvement sur les flux ultérieurs de prestations concerne l'ensemble des prestations, en nature comme en espèces, de la branche maladie. Toutefois, contrairement aux indus de prestations, les créances de franchises et participations des organismes du régime général ne bénéficient pas du mécanisme de fongibilité interbranches,

qui permet à un organisme des branches famille, vieillesse et maladie de demander le recouvrement de ses créances par compensation sur les prestations versées par une autre branche²²⁴.

Lorsque l'assuré bénéficie du tiers-payant²²⁵ et ne reçoit aucun versement de l'assurance maladie, ou des versements insuffisants par rapport aux sommes dues, l'assurance maladie communique à l'assuré un avis de sommes à payer annuel. Cette situation est devenue plus fréquente avec la montée en puissance du tiers-payant, qui représentait 62 % des actes pris en charge en 2023 contre 47 % en 2017. Or le recouvrement par avis de sommes à payer est peu efficient car, d'une part, les assurés ne peuvent pas être contraints à payer leurs dettes et, d'autre part, l'assurance maladie avait fixé des critères restrictifs pour leur envoi (cf. *infra*). On observe ainsi une baisse du taux de recouvrement, passé de 90 % pour la période 2010-2014 à 78 % pour la période 2020-2024²²⁶.

À la réception d'un avis de sommes à payer, trois modalités de paiement s'offrent à l'assuré : le chèque, le virement bancaire ou le paiement en ligne. Les deux premiers sont les plus utilisés mais le paiement en ligne progresse (38 % des paiements en 2025 contre 28 % en 2019). Lorsque, malgré ces différentes possibilités et après relances, l'assuré n'a pas payé les montants dus, la procédure en reste au stade amiable.

Les caisses de sécurité sociale ne peuvent pas recourir à la saisie administrative à tiers détenteur²²⁷ car elle ne peut être appliquée que par les comptables publics. Elles disposent de la possibilité de procéder au recouvrement sous contrainte²²⁸ mais celui-ci ne s'applique qu'aux cotisations ou aux indus, non aux franchises et participations. En l'état actuel des textes, un recouvrement forcé de ces dernières supposerait une décision de justice et une procédure d'injonction de payer, plus coûteuses que le montant à recouvrer. Aussi, lorsqu'une créance de franchise ou de participation n'est pas soldée à l'expiration du délai de prescription de cinq ans, elle est automatiquement annulée. Le montant des participations forfaitaires et franchises prescrites a quasiment doublé entre 2019 et 2024, passant de 68 M€ à 119 M€.

²²⁴ En revanche, les caisses de mutualité sociale agricole, étant un guichet unique, peuvent récupérer les créances de franchises et participations sur un périmètre plus large que celles de l'assurance maladie, incluant les prestations de retraite, en application de la compensation légale de droit commun des articles 1347 et suivants du code civil.

²²⁵ Le tiers-payant consiste pour l'assurance maladie à payer directement un professionnel de santé sans avance de frais par l'assuré.

²²⁶ Données assurance maladie, 2025.

²²⁷ À ce titre, le comptable public peut, sur simple demande, obliger un tiers à lui verser les fonds dont il est dépositaire, détenteur ou débiteur à l'égard d'un redevable.

²²⁸ La contrainte est un titre exécutoire (art. L. 244-9 du code de la sécurité sociale) par lequel un organisme de sécurité sociale peut poursuivre le recouvrement forcé de ses créances.

En outre, l'assurance maladie a appliqué des règles restrictives pour l'envoi des avis de sommes à payer, en dehors de tout cadre juridique. Pour émettre un avis, elle a fixé un plancher de 50 € et un plafond²²⁹ de 150 €, relevé à 200 € depuis juillet 2024. Elle n'a pas appliqué ce mode de recouvrement aux assurés de plus de 80 ans, soit au maximum 4,2 millions de redevables potentiels, et un manque à gagner compris entre 200 et 250 M€ selon l'estimation de la CNAM. Il existe, enfin, une limitation technique à l'envoi de plus de 250 plis postaux ou numériques par jour ouvré et par caisse primaire d'assurance maladie. La Cour a déjà relevé que l'application de ces critères restrictifs conduisait à exclure une part importante des créances et à reporter sur l'exercice suivant une autre part des sommes dues, avec un risque accru de non-recouvrement²³⁰.

Pour améliorer l'efficacité du dispositif, l'assurance maladie a décidé en décembre 2025 de supprimer le critère d'âge de 80 ans et d'abaisser le plancher des avis de paiement à 40 €. Elle envisage, en 2026, d'en augmenter le plafond à 300 €. L'ensemble de ces mesures devrait permettre au moins 600 M€ de rendement supplémentaire²³¹.

2 - Un effet de responsabilisation non démontré, qui pâtit de la faible lisibilité des dispositifs

La logique de responsabilisation des assurés a longtemps reposé principalement sur le ticket modérateur, qui existe depuis la création de la sécurité sociale²³². Les franchises et participations s'en distinguent par le fait que les complémentaires santé²³³ ne peuvent pas les rembourser dans

²²⁹ Concernant les assurés ayant plusieurs années de franchises et participations à payer, notamment du fait de l'arrêt des recouvrements durant la crise sanitaire.

²³⁰ « La gestion des indus par les caisses de sécurité sociale du régime général : une détection à renforcer, un recouvrement à optimiser », *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2025*, chapitre IX.

²³¹ L'abaissement du plancher et l'augmentation du plafond devraient concerner respectivement 1,5 million et 1 million d'assurés supplémentaires, pour des montants respectifs de près de 70 M€ et de près de 300 M€, d'après l'estimation de la CNAM.

²³² Le ticket modérateur est la part des dépenses de santé qui n'est pas prise en charge par la sécurité sociale.

²³³ Qui peuvent être des mutuelles, des institutions de prévoyance ou des assureurs.

le cadre des contrats responsables et solidaires²³⁴ ; elles pèsent donc directement sur les consommateurs de soins, dans l'objectif de les responsabiliser, objectif dont l'atteinte effective est difficile à démontrer.

Une faible évaluation des effets de responsabilisation

La démonstration chiffrée d'un effet de responsabilisation par le prix apparaît complexe car elle nécessite d'étudier quelle aurait été la consommation de soins en l'absence de mise en œuvre des mesures. Or d'autres effets influent sur cette consommation, comme le vieillissement de la population ou l'éventuelle modification des pratiques de prescription des professionnels de santé.

Quelques études internationales²³⁵ ont cherché à évaluer la sensibilité aux prix de la consommation des biens de santé. Elle apparaît modérée en général, plus marquée pour les personnes les plus précaires, et s'appliquant sans distinction entre les soins selon qu'ils sont considérés comme nécessaires ou accessoires.

La littérature française en la matière reste limitée : une étude de la DREES en 2005²³⁶ conclut que les comportements de consommation de soins dépendent avant tout de l'état de santé et du profil socio-économique, davantage que du prix direct supporté par l'assuré.

Dans une étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé de 2010²³⁷, seuls 12 % des répondants indiquaient avoir modifié leurs comportements à la suite de l'instauration des franchises médicales.

De fait, la consommation des biens et actes concernés n'a pas diminué avec la hausse du montant des franchises et participations en 2024. Le nombre de boîtes de médicaments délivrées a augmenté de 200 millions

²³⁴ Les contrats responsables et solidaires représentent 98 % des contrats d'assurance maladie complémentaire. Ils peuvent être souscrits par l'employeur ou par l'assuré s'il n'est pas couvert par une complémentaire santé d'entreprise, et doivent respecter un cahier des charges : la complémentaire doit prendre en charge intégralement le ticket modérateur, le forfait journalier hospitalier, les équipements optiques, dentaires et d'aides auditives du panier 100 % santé, mais pas les franchises, les participations forfaitaires, ni les majorations liées au non-respect du parcours de soins.

²³⁵ Pauly (1968), Ehrlich et Becker (1972), Feldstein (1973), *Rand health insurance experiment* (1982).

²³⁶ D. Raynaud, « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire », *Études et Résultats* n°378, 2005.

²³⁷ B. Chopin et M. Perronnin, *Les franchises ont-elles modifié les comportements d'achats de médicaments ?*, 2010.

malgré le doublement du montant unitaire de la franchise intervenu en cours d'année²³⁸, pour atteindre 2,4 milliards en fin d'année.

L'augmentation des dépenses de santé est, en effet, essentiellement liée aux hausses de prix des médicaments innovants prescrits et à l'augmentation du volume des consultations et des consommations résultant de prescriptions par des professionnels de santé²³⁹ ou rendues nécessaires par des maladies graves ou dans le cadre de campagnes nationales de prévention. Les effets volume dus à une consommation de soins à l'initiative des assurés apparaissent limités en comparaison, hormis pour les transports sanitaires.

En outre, les assurés ne disposent pas d'une information claire et compréhensible sur les coûts ainsi mis à leur charge. Le site AMELI de l'assurance maladie présente certes de façon didactique le fonctionnement général de ces dispositifs et de nombreuses informations utiles²⁴⁰. Toutefois, l'assuré n'est pas informé de ce qu'il doit prendre en charge au moment de sa consommation de soins ou de sa consultation. Pour disposer de l'information, il doit consulter *a posteriori* ses relevés de remboursement, reçus par courrier ou déposés sur son espace AMELI lorsqu'il en dispose²⁴¹. L'assurance maladie travaille à améliorer cet espace pour permettre davantage de lisibilité de ces dispositifs²⁴².

Toutefois, l'information fournie par ces relevés n'est pas, aujourd'hui, aisément compréhensible. Pour un soin sans tiers-payant, la franchise ou la participation apparaît sous le remboursement concerné dans le relevé mensuel de l'assuré. Dans le cas contraire, elle apparaît sur le relevé pour information, avec un astérisque indiquant qu'elle sera prélevée sur un remboursement ultérieur, où elle viendra en soustraction, sans rattachement à l'acte qui l'a déclenchée.

Lorsque l'assuré reçoit un avis de sommes à payer, celui-ci mentionne un montant total de créances restant dues, parfois au titre de plusieurs années, ce qui en complexifie la lecture. Un récapitulatif de

²³⁸ Open medic : base complète sur les dépenses de médicaments - 2014 à 2024 | l'assurance maladie

²³⁹ En France, 78 % des consultations chez le médecin généraliste se concluent par une prescription médicale, contre 53 % au Royaume-Uni ou 30 % en Suède. DREES, « Comparaisons internationales des dépenses pharmaceutiques », *Les dépenses de santé en 2023*, édition 2024.

²⁴⁰ <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge/participation-forfaitaire-2-euros>, <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge/franchise-medicale>.

²⁴¹ 84 % des assurés majeurs disposent d'un tel compte.

²⁴² Le rapport *Charges et produits de l'assurance maladie de juillet 2025* invitait à une « intensification de l'information des assurés ».

l'ensemble des participations et franchises correspondant à ces créances est annexé au courrier, sans toutefois indiquer le nombre de remboursements des actes ou produits concernés, ni leurs montants.

Enfin, un relevé de compteur des franchises et participations, alimenté au fil de l'eau, est accessible sur l'espace AMELI de chaque assuré. Il permet notamment de suivre l'atteinte des plafonds annuels.

Les patients polypathologiques avec des prescriptions, examens ou analyses fréquents, souvent pris en charge en tiers-payant, sont particulièrement concernés par la faible lisibilité de ces dispositifs et sollicitent fréquemment les services de l'assurance maladie²⁴³. Les principaux motifs de sollicitation identifiés sont l'incompréhension d'assurés en affection de longue durée qui pensaient être exonérés, des interrogations sur le sens du plafond annuel de 50 € lorsque des montants sont prélevés au titre de l'année précédente en sus de ceux de l'année en cours, ou des difficultés financières liées au prélèvement en une fois d'une créance sur le remboursement d'un acte coûteux.

II - Sous condition de préserver l'accès à la santé, une refonte souhaitable pour plus de simplicité et d'efficacité

L'optimisation à court terme des dispositifs de participations et franchises ne peut s'envisager sans prendre en compte le risque de renoncement aux soins et le souci d'équité envers les assurés aux revenus modestes. À moyen terme, il est aussi possible d'envisager leur transformation afin de les rendre plus lisibles et d'en améliorer le rendement.

²⁴³ 39 000 rendez-vous et accueils en libre-service de caisses primaires et près de 400 000 appels téléphoniques entre août 2024 et juillet 2025, soit respectivement 1 % et 1,4 % des sollicitations. L'assurance maladie précise que ces demandes sont résolues en premier niveau à 93 %. Pour sa part, France asso santé a observé cinq fois plus d'appels sur sa ligne « santé info droits » depuis la hausse du coût de 2024 (145 sur 9 000 appels, soit 1,6 %).

A - La préservation de l'accès à la santé, condition nécessaire pour toute évolution

Les évolutions pouvant être envisagées pour augmenter le rendement de ces dispositifs ne doivent pas remettre en cause le principe à valeur constitutionnelle d'accès de tous à la santé.

1 - Des projets de réévaluation de ces dispositifs pour en augmenter le rendement

L'augmentation du montant des franchises et des participations semble contradictoire avec la levée des freins financiers à la santé qui a prévalu ces dernières années et a conduit au développement du tiers-payant ou du panier 100 % santé.

Pour autant, dans un contexte de fort déficit de l'assurance maladie, et alors que leurs niveaux restent limités par rapport à ce que d'autres pays pratiquent (cf. *infra*), ces dispositifs constituent un levier d'atténuation des dépenses.

Le doublement des franchises et participations opéré en 2024 correspond à une forme de rattrapage par rapport à l'inflation et à la dynamique des dépenses d'assurance maladie, après quinze ans sans évolution. Les projets présentés par le Gouvernement, bien que rejetés par le Parlement à l'automne 2025, témoignent d'une volonté d'accroître la participation des patients au financement des dépenses de soins.

Évolutions prévues par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026

Le gouvernement a présenté en 2025 plusieurs pistes d'évolution des franchises et participations visant à « *responsabiliser les patients pour que le coût de la santé soit plus concret pour nos concitoyens* »²⁴⁴.

Des projets de décrets ont été présentés aux conseils des caisses nationales à l'été 2025, prévoyant un doublement des montants unitaires et des plafonds journaliers et annuels, pour des atténuations de dépenses estimées à 2,3 Md€ en année pleine (1,1 Md€ au titre des franchises et 1,2 Md€ au titre des participations), soit un doublement du rendement total.

²⁴⁴ Premier ministre, conférence de presse du gouvernement relative aux grandes orientations du budget pour 2026, le 15 juillet 2025.

En outre, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 prévoyait plusieurs dispositions pour élargir le périmètre d'application de ces dispositifs : extension aux consultations et actes des chirurgiens-dentistes (gain estimé à 300 M€ en année pleine pour une participation de 4 € et un plafond annuel de 100 €), application de la franchise aux dispositifs médicaux (qui auraient intégré le plafond annuel de la franchise des médicaments et des actes paramédicaux), création d'un nouveau plafond distinct pour la franchise relative aux transports sanitaires. L'effet cumulé de ces deux dernières mesures était estimé à 300 M€ par an, avec un plafond de 50 € pour les transports sanitaires, 400 M€ s'il était fixé à 100 €. L'ouverture d'une nouvelle modalité de recouvrement était également prévue pour les produits et prestations pris en charge en tiers-payant : l'assuré devait acquitter la franchise ou la participation au professionnel de santé, à charge pour ce dernier de reverser le produit à l'assurance maladie, ce qui est qualifié de paiement au comptoir²⁴⁵. Cette mesure devait permettre une meilleure prise de conscience par les assurés du coût de la santé et améliorer le taux de recouvrement en diminuant les émissions d'avis de sommes à payer, pour un gain estimé à plus de 160 M€.

Aucune de ces dispositions n'a finalement été adoptée par le Parlement dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 et le gouvernement a indiqué qu'il ne publierait pas les décrets envisagés sans consultation du Parlement.

2 - La nécessaire prise en compte du principe d'accès aux soins

Toute évolution des montants de ces dispositifs doit être analysée en mesurant leurs effets sur l'accès aux soins, particulièrement des personnes les plus précaires, et à l'aune de la responsabilisation limitée qu'ils induisent. À titre d'exemple, à la suite du doublement de 2024, les assurés en affection de longue durée paient désormais 78 € en moyenne de franchises et participations par an, contre 41 € pour les autres ; près d'un tiers des assurés qui saturent les plafonds sont âgés de plus de 68 ans. Une récente étude de la DREES²⁴⁶ a démontré que, pour un même rendement, l'augmentation du plafond annuel de franchises était plus coûteuse pour les ménages les plus âgés et en mauvaise santé qu'une simple augmentation du montant unitaire car ils atteignent plus souvent le plafond annuel. Une augmentation simultanée des montants et des

²⁴⁵ Outre les importantes adaptations des systèmes d'information et des procédures comptables qu'une telle mesure impliquerait, certains professionnels évoquaient le risque d'un moindre recours au tiers payant, pouvant se traduire par un recul de l'accès aux soins.

²⁴⁶ A. Fauchon, O. Bonnet, DREES, *Dérembourser des soins pour maîtriser la dépense de santé : qui paie ? Évaluation des effets d'une hausse des tickets modérateurs, des franchises et des participations forfaitaires sur les coûts supportés par les ménages, selon le niveau de vie, l'état de santé et l'âge*, février 2026.

plafonds aurait un impact deux fois plus lourd sur les ménages en mauvaise santé que sur ceux en bonne santé.

Au-delà de l'âge et des maladies chroniques, l'étude précitée de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé confirmait une plus grande sensibilité aux prix pour les personnes aux revenus inférieurs, avec un risque plus élevé de renoncement aux soins. En 2023, le taux de personnes déclarant avoir dû renoncer pour des raisons financières à des examens ou traitements médicaux (hors soins dentaires) dont elles avaient besoin s'élève à 3,2 % pour les 20 % les plus modestes, soit 1,4 point de plus que pour l'ensemble de la population²⁴⁷.

La part des restes à charge et des primes d'assurance versées aux complémentaires santé varie selon les revenus. Elle s'établit en moyenne à 4,5 % mais atteint plus de 5,5 % pour le premier décile, donc pour les revenus les plus bas, contre 2,6 % pour le dernier, correspondant aux revenus les plus élevés²⁴⁸. Les taux d'effort les plus importants concernent des ménages modestes ayant peu recours à la complémentaire santé solidaire (C2S) à laquelle ils auraient pourtant droit et qui les exempterait de franchises et de participations²⁴⁹ : le taux de non recours de la C2S atteint 31 % pour sa version gratuite et 66 % pour sa version participative²⁵⁰. L'étude de la DREES précitée relève que les 20 % de ménages les plus modestes verraient leur taux d'effort progresser plus fortement que celui des ménages les plus aisés en cas d'augmentation du montant des franchises et participations.

Les renoncements aux soins des assurés à faible revenu ne sont pas seulement dues à des motivations économiques : diverses études ont démontré que ces assurés ne se déclarent pas toujours malades quand ils le sont et entament plus tardivement leur parcours de soins, avec en définitive un coût plus élevé pour la sécurité sociale.

Or l'accès à la santé est un principe de valeur constitutionnelle. Toute réforme doit veiller à ce qu'il soit préservé. Le Conseil constitutionnel, comme le Conseil d'État²⁵¹, y compris après le doublement

²⁴⁷ Études précitées *supra* et projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de 2024, annexe *rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale maladie*.

²⁴⁸ *Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale, annexe 1 – Maladie*, 2024.

²⁴⁹ DREES, *Dépenses de santé : un taux d'effort progressif chez les actifs, plus faible chez les retraités aisés et très élevé pour certains ménages modestes*, juillet 2025.

²⁵⁰ DSS, *Rapport annuel 2024 sur la C2S*, 2024, données reprises d'une estimation de 2021.

²⁵¹ Décisions précitées du Conseil constitutionnel dans lesquelles il considère que « le montant [de la participation et de la franchise] et le niveau des plafonds devront être fixés de façon telle que ne soient pas remises en cause les exigences du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 », et décision n° 493450 du Conseil d'État, 25 février 2025, faisant suite à une précédente décision du 6 mai 2009.

des montants des franchises et participations en 2024, ont souligné qu’au regard de l’exigence d’accès aux soins, ces dispositifs restaient justifiés en raison de leur faible montant et de l’existence d’exemptions et de plafonds.

B - Consolider les franchises et participations pour plus de simplicité, d’équité et de rendement

Les franchises et les participations, pour imparfaites qu’elles soient, sont nécessaires au rééquilibrage des comptes de la branche maladie, dans un contexte financier dégradé. La Cour préconise de les conforter et d’en gommer certains effets indésirables.

1 - Des évolutions paramétriques à adopter à court terme pour améliorer le rendement et l’équité

En premier lieu, il est nécessaire d’améliorer l’efficacité du recouvrement pour en optimiser les résultats et en diminuer les coûts. L’objectif doit être aussi de rétablir une égalité de traitement entre les assurés qui bénéficient peu du tiers-payant et sont directement prélevés sur leurs remboursements, et ceux qui en bénéficient et peuvent ne jamais payer leurs dettes après réception d’un avis de sommes à payer. Pour ce faire, plusieurs mesures pourraient être prises.

Le plancher en-dessous duquel les avis de sommes à payer ne sont pas envoyés pourrait être abaissé, sans atteindre le niveau où le coût d’envoi deviendrait supérieur aux montants concernés. Dans le même ordre d’idées, les limitations journalières d’édition des avis de sommes à payer pourraient être supprimées afin d’accélérer le recouvrement.

Un décret pourrait être pris afin de permettre des prélèvements sur le compte bancaire de l’assuré avec son accord, après transmission de ses coordonnées bancaires²⁵². Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire partielle paient déjà leur contribution selon un tel dispositif. L’application de la mesure nécessiterait toutefois une adaptation préalable des systèmes d’information des caisses et une communication renforcée auprès des assurés²⁵³.

Les procédures existant pour les indus de prestations pourraient être étendues aux franchises et participations, telles que le recouvrement par

²⁵² Cette transmission est déjà requise pour toute nouvelle affiliation à la sécurité sociale.

²⁵³ À plus long terme, ce prélèvement pourrait utilement s’appuyer sur les nouvelles technologies de paiement.

contrainte – sous réserve que les frais de gestion afférents ne soient pas disproportionnés par rapport aux sommes recouvrées. Le recouvrement interbranches, qui nécessiterait l'adoption d'une mesure législative l'autorisant, pourrait être mis en œuvre après une étude de faisabilité technique auprès des différentes caisses et un effort de communication auprès des assurés.

Chacune de ces mesures peut être prise indépendamment des autres. L'amélioration du recouvrement qui découlerait de leur cumul rapporterait entre 0,5 Md€ et 1 Md€ à l'assurance maladie²⁵⁴.

En deuxième lieu, l'assiette des dispositifs pourrait être élargie, en supprimant certaines exemptions non justifiées, comme celles relatives à des catégories d'assurés (résidents à Mayotte²⁵⁵ et affiliés du régime des industries minières). En revanche, il serait justifié de maintenir les exemptions pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale d'État, dont les plafonds de ressources sont identiques, ainsi que pour les enfants mineurs ou les femmes enceintes.

À l'inverse, la Cour préconise de maintenir dans le périmètre des franchises et participations les assurés reconnus en affection de longue durée, du fait qu'ils sont exonérés du ticket modérateur au titre de cette affection, et que l'assurance maladie couvre en moyenne 91 % de leurs dépenses de soins, contre 66 % pour les autres assurés²⁵⁶.

Le champ des participations forfaitaires pourrait en outre être étendu aux consultations de dentistes²⁵⁷ et de sages-femmes (hors femmes enceintes du premier jour du 6^{ème} mois au 12^{ème} jour après l'accouchement) ainsi qu'aux dispositifs médicaux. Le décret d'application concernant l'intégration des prestations des pharmaciens d'officine dans le périmètre des franchises devrait également être pris. Cette extension de périmètre pourrait permettre plus de 600 M€ d'atténuations de dépenses supplémentaires²⁵⁸.

En troisième lieu, la lisibilité du dispositif pourrait être améliorée. L'ensemble des exemptions d'assurés et d'actes serait rassemblé dans un

²⁵⁴ Cour des comptes, chapitre sur les indus du *RALFSS 2025*, *op. cit.*

²⁵⁵ Sous réserve d'une étude sur les conséquences concrètes d'une telle extension au regard de l'offre de soins locale.

²⁵⁶ Inspection générale des affaires sociales, *Revue de dépenses relative aux affections de longue durée - Pour un dispositif plus efficient et équitable*, septembre 2024.

²⁵⁷ Voir dans ce rapport le chapitre VI, « Les soins dentaires : des réformes aux effets incertains, un pilotage à renforcer ».

²⁵⁸ Dont au moins 300 M€ pour les dentistes (source : projet de loi de financement de la sécurité sociale 2026 si la participation forfaitaire était fixée à 4 €) et 300 M€ pour les dispositifs médicaux (même source, si la franchise était fixée à 2 €).

même titre du code de la sécurité sociale. Les modes de calcul des plafonds seraient unifiés selon une règle de montant et non plus de nombre d'actes comme c'est aujourd'hui le cas pour les participations forfaitaires. Un décret serait requis pour fixer tous les montants unitaires et le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie n'aurait plus de pouvoir de décision à ce sujet.

L'assurance maladie a déjà engagé des travaux pour améliorer l'information des assurés²⁵⁹. En complément, le relevé annuel de prestations, mis à disposition en juin de l'année n+1 sur le compte AMELI, pourrait indiquer les montants de franchises et de participations versés, en miroir de ces prestations.

2 - Des transformations structurelles à moyen terme pour plus de simplicité et d'équité

Dès lors que les franchises et participations deviendraient un véritable outil de participation des patients au financement de l'assurance maladie, leur modèle, au-delà des évolutions paramétriques évoquées ci-dessus, pourrait évoluer vers davantage de simplicité et d'équité.

Plusieurs pistes pourraient être étudiées en ce sens. La première serait la fusion des deux dispositifs en un seul, qui pourrait être dénommé « franchise médicale »²⁶⁰. L'emploi d'un terme unique serait plus clair et la référence à la logique assurantielle, bien connue des assurés dans leur vie quotidienne, plus compréhensible. Il serait facilement explicable que la prise en charge de l'assurance maladie n'intervienne qu'après application d'une franchise systématiquement déduite du montant à rembourser.

Cette fusion permettrait de faire évoluer le dispositif en l'appliquant non plus à l'acte ou au produit concerné mais à la consultation du professionnel de santé. Ainsi, la franchise ne s'appliquerait plus à la boîte de médicaments, mais à l'acte de dispensation par un pharmacien. Cela permettrait de réduire le risque que certains assurés choisissent, pour minorer le montant dû, de ne pas prendre tous les médicaments prescrits.

Le montant de cette franchise unique et ses plafonds journalier et annuel seraient à fixer à un niveau permettant des atténuations de dépenses supérieures à celles actuellement appliquées. L'assurance maladie a chiffré

²⁵⁹ Nouveau modèle d'avis de sommes à payer en cours de conception pour présenter une dette consolidée.

²⁶⁰ La confusion entre les appellations de « franchise » et « participation » est entretenue depuis l'exposé des motifs de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, qui vise indifféremment ces deux termes.

à 0,7 Md€ d'atténuations de dépenses supplémentaires l'effet de la mise en place d'un plafond unique de 150 € au lieu des deux plafonds actuels de 50 € chacun pour les participations et les franchises²⁶¹. Il faudrait également harmoniser les montants unitaires perçus. La fixation de ces montants et plafonds devrait tenir compte des enjeux de redistribution entre assurés, notamment pour les malades chroniques qui seraient moins protégés.

Ce scénario présente plusieurs avantages : étant davantage visible car unique et automatique, une telle franchise permettrait une meilleure prise de conscience par les assurés du coût de leur consommation de santé ; tout en limitant le risque de renoncement aux soins en s'appliquant à une assiette plus large.

Toutefois, sa mise en œuvre supposerait au préalable une simulation fine des effets de transfert entre assurés et la définition des modifications nécessaires du système d'information de l'assurance maladie. Ce changement de logique devrait aussi être accompagné d'une communication pédagogique auprès des assurés et des prescripteurs.

Une deuxième piste consisterait en la prise en compte des revenus des assurés, comme cela existe dans d'autres pays de l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

La participation financière des patients à leurs soins dans les pays européens

Parmi sept pays de l'OCDE ayant des systèmes de santé proches de la France, tous prévoient une contribution financière des patients, sous forme :

- d'une franchise forfaitaire en Autriche (7,55 € par boîte de médicaments ou par transport sanitaire, à laquelle s'ajoute une contribution forfaitaire annuelle, sans lien avec la consommation de soins de 25 €), en Belgique (sous le nom de « ticket modérateur », qui correspond en fait à une participation), aux Pays-Bas (participation de 250 € annuels pour les médicaments, 64 € pour des lentilles, et 385 € de franchise annuelle pour les soins) ;

²⁶¹ Inspection générale des affaires sociales, *Revue de dépenses relative aux affections de longue durée – Pour un dispositif plus efficient et équitable*, juin 2024.

- d'une franchise en pourcentage du coût comme en Espagne (copaiement, notamment pour les médicaments) ou en Suède ;
- d'un pourcentage du coût et d'une franchise en Suisse (300 francs suisses - environ 320 € - par an, plus une quote-part de 10 % des coûts qui dépassent la franchise) et en Allemagne (10 % du coût pour les soins orthopédiques ou orthophonistes, en plus d'un forfait de 10 € par prescription ; idem pour les transports sanitaires et les médicaments, en plus d'une franchise entre 5 et 10 €).

Certains pays modulent cette contribution selon les revenus : l'Autriche limite son forfait médicaments à 2 % du revenu net annuel ; la Belgique fait varier le maximum à facturer selon les revenus ; l'Espagne module à la fois le taux et le plafond de son copaiement. La Suisse permet, en échange d'une réduction de la prime d'assurance obligatoire, d'opter pour une franchise plus importante allant jusqu'à 2 500 francs suisses, soit environ 2 700 €, au lieu de 300 francs suisses. Tous appliquent des exceptions, liées à la précarité (revenus, minimums sociaux, réfugiés), à la situation de l'assuré (handicap, maternité, maladies chroniques) ou aux types de soins concernés. Les rares pays qui exemptaient les retraités de cette participation financière y renoncent progressivement (Autriche, Espagne).

Plusieurs modalités de paiement existent, principalement auprès du professionnel (forfait en Autriche, ticket modérateur en Belgique et en Suède), mais également au moyen de prélèvements, y compris sur les revenus (Autriche, Pays-Bas) ou sur les remboursements (Autriche pour certains soins).

S'il était décidé d'augmenter le plafond des franchises et participations, cette hausse pourrait être atténuée de deux façons.

Tout d'abord, l'exemption des assurés ayant droit à la complémentaire santé solidaire (C2S) pourrait être élargie à ceux qui en remplissent les conditions sans en être actuellement bénéficiaires. Un tel élargissement permettrait de contourner les situations de non-recours.

En outre, une nouvelle catégorie d'assurés pourrait être créée, aux revenus supérieurs à ceux ouvrant droit à la C2S mais inférieurs à un seuil à définir. Les futures hausses du plafond des franchises et participations ne s'appliqueraient pas à eux, sauf éventuellement pour la prise en compte de l'inflation.

Au total, en cas de hausse de ce plafond afin d'augmenter les recettes de la sécurité sociale, ces règles d'atténuation limiteraient le risque de renoncement aux soins, donc préserveraient l'accès à la santé et permettraient de mieux sécuriser juridiquement la réforme.

Toutefois, pour mettre en œuvre une telle réforme, l'assurance maladie devrait être en mesure de connaître et d'actualiser les ressources des trois catégories d'assurés ainsi créées. Pour les bénéficiaires de la C2S, elle utilise le dispositif relatif aux ressources mensuelles (DRM)²⁶², qui ne couvre pas les revenus des travailleurs indépendants. Le coût et les délais de ce chantier concernant les systèmes d'information devraient donc être analysés au préalable.

²⁶² Le DRM, utilisé pour les demandes de C2S depuis 2022, permet aux organismes de sécurité sociale d'obtenir directement auprès d'autres administrations ou organismes des informations sur la nature et le montant des revenus d'activité salariée, des pensions de retraite et allocation chômage, ainsi que des aides et prestations sociales versées aux assurés, sans que ceux-ci doivent en faire la déclaration.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le dispositif des franchises et des participations, complexe et peu compréhensible pour les assurés, poursuit un objectif de responsabilisation incertain et présente un risque de renoncement aux soins pour les plus précaires. Il constitue toutefois un levier important d'atténuation des dépenses de l'assurance maladie, qui peut être amélioré.

Un premier niveau d'amélioration concerne le recouvrement, en adoptant le prélèvement sur compte bancaire et en autorisant les modalités de contraintes déjà utilisées pour les indus de prestations. Un volume d'au moins 500 M€ d'atténuations de dépenses supplémentaires pourrait en résulter. Le périmètre des franchises et participations pourrait être élargi, en intégrant certains assurés exemptés et en assujettissant certains actes et produits, ce qui représenterait plus de 600 M€ d'atténuations de dépenses supplémentaires. Le cadre juridique pourrait enfin être simplifié afin de permettre une meilleure information des assurés.

Un deuxième niveau d'amélioration consisterait à revoir à terme la structure de ces dispositifs. Plusieurs pistes seraient à étudier, comme leur fusion en une franchise unique, exigible pour toute visite chez un professionnel de santé, et non plus par acte ou par produit, avec un seul montant unitaire, un seul plafond journalier et un seul plafond annuel. Une autre piste, qui peut être complémentaire, serait la différenciation des plafonds, donc du reste à charge, au profit des assurés modestes mais non-exemptés au titre de la complémentaire santé solidaire.

Les évolutions structurelles de moyen terme supposent au préalable d'analyser finement leur impact et leurs conditions de mise en œuvre, notamment pour les systèmes d'information de la caisse nationale de l'assurance maladie. Concernant les évolutions de court terme, la Cour formule à l'attention du ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées les recommandations suivantes, à mettre en œuvre en perspective du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale :

- 8. mettre en œuvre le prélèvement des franchises et des participations sur le compte bancaire des assurés ;*
 - 9. élargir aux franchises et aux participations la procédure de recouvrement par contrainte des indus de prestations ;*
 - 10. élargir le périmètre des franchises et des participations aux dispositifs médicaux, aux actes et consultations des dentistes, sage-femmes et pharmaciens d'officine, ainsi qu'aux assurés résidant à Mayotte et à ceux relevant du régime des industries minières.*
-

Chapitre VI

Les soins dentaires :

des réformes aux effets incertains,

un pilotage à renforcer

PRÉSENTATION

Le modèle économique du secteur des soins dentaires reposait historiquement sur un principe de liberté tarifaire du praticien, dit à entente directe avec le patient, pour la plupart des actes. En contrepartie, les soins courants, dits conservateurs (traitement des caries, détartrage), étaient pris en charge par l'assurance maladie et par les assurances complémentaires, mais peu rémunérateurs. Ce modèle était peu vertueux : il a conduit les chirurgiens-dentistes à accroître leurs tarifs sur les soins prothétiques, et donc le reste à charge pour les patients, et à diminuer le temps consacré à la prévention et aux soins conservateurs.

Les dépenses de soins dentaires ont donc connu une forte progression au fil des ans, sans lien direct avec l'amélioration de la prise en charge de la population. Elles atteignaient 15,7 Md€ en 2024.

Dans ses rapports sur la sécurité sociale de 2010²⁶³ et de 2016²⁶⁴, la Cour constatait un désengagement financier de l'assurance maladie, l'échec de la politique conventionnelle à endiguer la dérive des coûts et des disparités importantes d'accès aux soins. Elle appelait les pouvoirs publics à définir une nouvelle stratégie, soit par voie conventionnelle, soit par voie législative ou réglementaire.

Les deux conventions organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie pour les années 2018-2023 puis 2023-2028 ont, en partie, répondu à ces attentes : les réformes qu'elles portent ont pour ambition de renforcer la prévention bucco-dentaire et d'améliorer l'accessibilité financière aux prothèses dentaires, avec l'introduction du 100 % santé. En revanche, les conventions ne fixent aucun objectif en matière de maîtrise des dépenses.

Ces réformes ont des effets encore incertains (I). Elles s'accompagnent, dans l'immédiat, d'une augmentation des dépenses sans véritable pilotage budgétaire et d'une évolution des financements (II). La gestion du risque devrait être renforcée pour améliorer la régulation des dépenses (III).

²⁶³ Cour des Comptes, « Les soins dentaires », RALFSS 2010, chapitre XIII.

²⁶⁴ Cour des Comptes, « Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder », RALFSS 2016 chapitre VI.

Dépenses de soins dentaires : notions et chiffres clés

47 600 chirurgiens-dentistes en 2025 (35 500 libéraux, 8 500 salariés, 3 600 avec activités mixtes), 94 % d'omnipraticiens et 6 % de spécialistes (dont 90% d'orthodontistes). 1 300 centres de santé dentaires.

D'un montant de 15,7 Md€ en 2024, les dépenses de soins dentaires sont financées à hauteur de 6 Md€ par l'assurance maladie, 7,4 Md€ par les organismes complémentaires (souvent appelés « mutuelles santé »), 2,3 Md€ par les ménages et 0,03 Md€ par l'État.

Les soins dentaires regroupent deux catégories :

- les soins soumis à un tarif de remboursement par la sécurité sociale opposable au chirurgien-dentiste conventionné, pour lesquels les dépassements d'honoraires sont prohibés : soins préventifs (examen bucco-dentaire), soins conservateurs (traitement des caries, détartrage) et soins chirurgicaux (extraction de dent) ;
- les soins reposant sur le principe de l'entente directe, c'est-à-dire de tarifs libres proposés au patient par devis : soins prothétiques (couronne) et soins orthodontiques (bagues pour alignement des dents).

I - Des réformes aux effets incertains

En dépit de l'absence d'une politique bucco-dentaire touchant l'ensemble de la population, deux réformes ont visé à réorienter l'exercice des chirurgiens-dentistes dans le sens d'une médecine plus préventive et conservatrice et d'un meilleur accès aux soins dentaires.

A - Un enjeu de santé publique ne faisant pas l'objet d'une stratégie d'ensemble

Les affections bucco-dentaires représentent un enjeu de politique sanitaire mais aucune stratégie globale n'a été définie depuis quinze ans.

1 - Des affections fréquentes, au fort retentissement sur la santé, liées aux inégalités sociales

Les affections bucco-dentaires touchent une part importante de la population française. Selon les données de l'Organisation mondiale de la

santé (OMS)²⁶⁵, la prévalence de caries non traitées sur des dents définitives est en France de 37 % chez les personnes de plus de 5 ans, un peu plus élevée que dans les pays européens comparables (34 % en Espagne, 32 % en Allemagne, 31 % au Royaume-Uni, 30 % en Italie). La prévalence de la parodontite²⁶⁶ chez les personnes de plus de 15 ans est de 16 %.

Les affections bucco-dentaires peuvent avoir un fort retentissement sur l'état de santé général, comme l'a rappelé récemment l'OMS²⁶⁷. Les foyers infectieux bucco-dentaires sont des facteurs d'apparition ou d'aggravation de certaines maladies. Elles peuvent conduire à différer des traitements et des interventions chirurgicales nécessaires. Un mauvais état bucco-dentaire est également un facteur de risque de dénutrition.

Ces affections sont, dès le plus jeune âge²⁶⁸, révélatrices d'inégalités sociales. En grande section de maternelle, 92 % des enfants de cadres sont indemnes de caries, contre 70 % pour les enfants d'ouvriers. S'agissant des adultes, la proportion de personnes ayant des dents manquantes non remplacées varie, selon la catégorie socioprofessionnelle, de 21 % à 43 %²⁶⁹. La prévalence des affections bucco-dentaires augmente avec l'âge et est plus importante pour les personnes en situation de handicap.

2 - Un défaut de stratégie globale, un recul des connaissances

La Cour avait constaté en 2016 l'absence de stratégie globale en faveur de la santé bucco-dentaire et le défaut d'actualisation des données épidémiologiques. Aucun progrès n'a, depuis, été constaté.

Le dernier objectif d'amélioration de la santé bucco-dentaire, qui visait une réduction de 30 % de l'indice carieux des enfants, date de 2004²⁷⁰. Ni Santé publique France, depuis sa création en 2016, ni le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) depuis 2005²⁷¹ n'ont produit de travaux significatifs sur la santé bucco-dentaire. La Haute Autorité de santé (HAS) n'a pas actualisé la stratégie de prévention de la carie depuis 2010. Elle vient seulement d'engager des travaux de mise à jour.

²⁶⁵ *Oral health country profile France*, 2022 (données 2019).

²⁶⁶ Inflammations répétées des tissus dentaires pouvant aller jusqu'à une perte de la dent.

²⁶⁷ *Déclaration de Bangkok, pas de santé sans santé bucco-dentaire*, 29 novembre 2024.

²⁶⁸ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), *Études et résultats*, juillet 2013.

²⁶⁹ Ministère de la santé, des familles de l'autonomie et des personnes handicapées, [Les inégalités de santé bucco-dentaires](#).

²⁷⁰ Objectif de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, décliné dans le plan national de prévention bucco-dentaire 2006-2009.

²⁷¹ HCSP, *La santé bucco-dentaire en France*, juin 2005.

Par ailleurs, certaines données cliniques ne sont plus disponibles : les dernières valeurs de l'indice CAO, qui comptabilise le nombre de dents cariées, absentes ou obturées, et permet des comparaisons internationales, datent de 2006. Les travaux de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère chargé de la santé (DREES) de 2022²⁷² relatifs à l'amélioration de la santé bucco-dentaire ne portaient que sur les adolescents. Ils montraient qu'en 2017, 68 % des adolescents avaient des dents indemnes de carie, contre 59 % en 2009.

Pour remédier à cette situation, le ministère chargé de la santé a engagé la préparation d'une feuille de route « santé orale » pour laquelle la conférence nationale en santé a été consultée²⁷³. Cette feuille de route pourra s'appuyer sur le recueil de données, qui sera réalisé par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et sur les données collectées dans le cadre de l'examen bucco-dentaire des jeunes pour s'attacher à définir les moyens d'une connaissance épidémiologique régulière.

B - L'objectif d'une pratique plus préventive : une priorité qui peine à entrer dans les faits

Seulement 50 % des Français recourent à une consultation ou à un soin bucco-dentaire²⁷⁴ par an alors que la HAS recommande une visite annuelle. Deux mesures récentes visent à réorienter les pratiques dans cette direction.

1 - L'annualisation de l'examen bucco-dentaire des jeunes patients : un lancement précipité et laborieux

Depuis 2007, l'assurance maladie propose et prend en charge à 100 %, dans le cadre du programme M²T dents, des examens bucco-dentaires à différents âges identifiés comme clés au regard du risque de carie (3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans). Le recours à cet examen est resté faible : 36 % au plus haut avant la crise sanitaire de 2020 et de l'ordre de 25 % après, soit 1,6 million d'examens par an. Depuis 2014, les femmes enceintes bénéficient également d'un examen bucco-dentaire, auquel seules 20 % d'entre elles ont recours.

²⁷² DREES, *L'état de santé de la population en France*, septembre 2022.

²⁷³ Conférence nationale de santé, *Rapport sur la santé bucco-dentaire*, janvier 2025.

²⁷⁴ Cour des comptes, à partir du système national des données de santé 2024.

Pour relancer ce programme en voie d'essoufflement et sans attendre l'avis de la HAS, sollicitée trop tardivement²⁷⁵, l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 a prévu, dans le prolongement de la convention dentaire de 2023, que l'examen bucco-dentaire puisse être effectué chaque année à compter de 2025, pour l'ensemble des patients âgés de 3 à 24 ans. Les tarifs ont été revalorisés de 10 € et ceux des soins conservateurs de 30 % pour la cohorte des 3-24 ans afin d'accroître l'attractivité de ces examens pour les chirurgiens-dentistes.

L'ambition de ce programme, rebaptisé M'T dents tous les ans, est de parvenir à une génération sans carie. Toutefois, sa déclinaison en cible annuelle n'est pas rendue publique. En outre, elle est faible au regard de l'enjeu affiché : la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) prévoit, dans sa programmation budgétaire, un taux de recours annuel de 13,5 % de la cible populationnelle en 2025, de 21,5 % en 2026, de 27 % en 2027 et en 2028 (4,7 millions d'examens)²⁷⁶.

Reportée de janvier à avril 2025, l'entrée en vigueur de la réforme s'est traduite par une progression à ce jour limitée du nombre d'examens. Ceux-ci n'ont crû que de 25 % entre avril et octobre alors que la population éligible a triplé.

Le retard au démarrage s'explique notamment par un ajustement chaotique des logiciels métier des chirurgiens-dentistes. En effet, l'examen bucco-dentaire annuel est désormais pris en charge par l'assurance maladie à hauteur de 60 % et non plus de 100 %, le solde devant l'être par un organisme complémentaire d'assurance maladie²⁷⁷. Le principe du tiers-payant ayant été maintenu, il a fallu ajuster les systèmes d'information métier des praticiens afin de mettre en place un double flux d'information vers les assurances maladies obligatoire et complémentaire. La révision des logiciels a été lancée tardivement, sans test avant déploiement, et la profession a été insuffisamment accompagnée.

²⁷⁵ L'actualisation de l'évaluation des stratégies de prévention de la carie dentaire de mars 2010 a été demandée par la CNAM en juin 2024 avec pour objectif « *d'aider le décideur public dans la prise de décisions et notamment sur l'opportunité et la pertinence d'amender ou ajuster certaines mesures du programme « Génération sans caries » mis en place* ».

²⁷⁶ L'indicateur de la convention d'objectifs et de gestion de la CNAM relatif à la prévention bucco-dentaire n'a, par ailleurs, pas été actualisé à la suite de l'adoption de l'annualisation de l'examen bucco-dentaire. Il ne vise toujours qu'une classe d'âge sur trois et la cible n'a pas été rehaussée (taux de recours de 53 % en 2025 et de 55 % en 2027). La cible était de 65 % dans la convention d'objectifs et de gestion précédente pour l'année 2022.

²⁷⁷ L'assurance maladie obligatoire continue à prendre en charge 100 % du remboursement si le jeune patient ne dispose pas d'organisme complémentaire.

Une autre difficulté a résulté du refus, par une partie de la profession, de ce tiers-payant à double flux d'informations, certains praticiens ne souhaitant pas disposer d'autre interlocuteur que l'assurance maladie. Entre avril et novembre 2025, 9 % des patients ont ainsi dû avancer les frais pour la part complémentaire. Par ailleurs, sur la même période, l'assurance maladie obligatoire a dû prendre en charge la totalité du tiers-payant pour 13 % des examens, alors même que les assurés disposaient d'une complémentaire. La CNAM mettra prochainement en place un traitement automatisé de récupération auprès des praticiens des indus ainsi supportés. À la rentrée 2025, environ 5 000 praticiens n'avaient toujours pas mis en œuvre le tiers-payant avec les organismes complémentaires.

Enfin, l'annualisation des examens bucco-dentaires ne règle pas les difficultés liées à l'éloignement des soins des publics défavorisés. Le risque est que le suivi annuel se limite aux patients les plus proches des soins. Les enfants des troisième et quatrième quartiles, pour lesquels la pauvreté est la plus élevée, ont respectivement 27 % et 38 % de chances en moins de participer au programme M'T dents que l'ensemble des enfants²⁷⁸.

Des actions de sensibilisation et de dépistage ont été déployées par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) en milieu scolaire depuis la décennie 2010, notamment dans les réseaux d'éducation prioritaire. Ces actions ont concerné 151 000 enfants et 10 300 classes durant l'année scolaire 2024/2025. Elles donnent lieu à des évaluations locales mais ne font pas l'objet, faute d'un outil standardisé, d'une évaluation annuelle nationale. Par ailleurs, leur ampleur n'a pas été revue à la hausse²⁷⁹.

Parallèlement, des actions d'« aller-vers » mobilisent, depuis décembre 2025, des associations en contact avec les populations précaires et des plateformes d'appel téléphonique pour sensibiliser les familles des enfants de cinq à six ans n'ayant jamais consulté de chirurgien-dentiste. Il sera utile d'évaluer ce programme avant 2028.

2 - La revalorisation des soins conservateurs : une progression en volume et en prix ne permettant pas de rééquilibrage

La revalorisation des soins conservateurs, engagée depuis la convention nationale de 2006, aurait dû se traduire par une diminution des soins prothétiques. Comme l'avait noté la Cour en 2016, ce rééquilibrage

²⁷⁸ Mascre C, Bas AC, *Use of free preventive dental programme for children: 10 years of Lov'U'r Teeth, France*, J Paediatr Child Health, décembre 2024.

²⁷⁹ La programmation 2025/2026 vise 125 000 enfants et 7 700 classes.

n'a pas eu lieu, ni en volume, ni en prix. L'objectif, reconduit par les deux conventions nationales de 2018 et de 2023, se traduit par une importante revalorisation des actes conservateurs et par la création de nouveaux actes.

Le volume des soins conservateurs a augmenté de 18 % entre 2018 et 2024 et leur prix moyen de 17 %. Leur coût a ainsi progressé de 38 % en six ans, passant de 2 à 2,8 Md€. La part des soins conservateurs dans l'activité globale des chirurgiens-dentistes est cependant restée stable : 48 % des actes et 20 % des honoraires en 2024 contre 49 % des actes et 19 % des honoraires en 2018. Le rééquilibrage recherché n'a pas été obtenu en raison de la forte progression en volume et en valeur des autres soins.

C - L'objectif d'une amélioration de l'accès aux soins : des résultats contrastés

Le succès de la réforme du 100 % santé ne doit pas éluder la persistance des difficultés d'accès aux soins dentaires des publics les plus fragiles et l'accroissement des inégalités territoriales.

1 - La réforme du 100 % santé pour les soins prothétiques : un déploiement réussi, un défaut d'évaluation

Les soins prothétiques sont moins remboursés par l'assurance maladie que les soins conservateurs et chirurgicaux ou les consultations en raison de l'application, acceptée de longue date, de dépassements d'honoraires dits sur entente directe. Afin de limiter les renoncements aux soins suscités par ces pratiques, la réforme du 100 % santé, introduite en 2019, a plafonné le montant des prothèses dentaires selon deux modalités :

- pour une première liste d'actes (panier sans reste à charge), qui couvre les besoins essentiels et les plus courants, les dépassements d'honoraires autorisés sont plafonnés à un niveau assez bas pour être pris en charge en totalité par un organisme complémentaire ;
- pour une deuxième liste d'actes (panier à prix modérés), le plafonnement s'applique à un niveau plus élevé et le patient supporte un reste à charge pour un montant limité.

Pour les autres actes prothétiques (panier libre), le praticien reste libre du montant de dépassements d'honoraires facturable. Les matériaux ont une qualité esthétique différente dans chacun des trois paniers selon que la dent soignée est visible ou non. Les techniques innovantes ou les exigences esthétiques particulières relèvent du panier libre.

Cette réforme a été mise en œuvre avec succès à compter de 2019. Le nombre de patients recourant à des soins prothétiques a augmenté de 14 % entre 2018 et 2024. Les paniers sans reste à charge et à reste à charge modéré représentent respectivement 55 % et 22 % des soins prothétiques en 2024. La part du reste à charge moyen des ménages n'est plus que de 12 % en 2024 pour l'ensemble des paniers, alors qu'elle était en 2018 de 25 %.

Pour autant, selon les données de la DREES, le reste à charge des ménages pour le panier modéré (29 % en 2024) est supérieur à celui du panier libre (12 %). Cela signifie que les contrats des assurances complémentaires sont moins couvrants pour le panier modéré que pour le panier libre, au regard des tarifs fixés.

Par ailleurs, la réforme n'a pas pu répondre à tous les besoins des publics les plus éloignés des soins prothétiques. Au plan national, 29 % des Français n'ont consulté aucun chirurgien-dentiste en trois ans. On devrait donc trouver, parmi les patients ayant bénéficié du panier sans reste à charge en 2024, au moins 29 % de Français n'ayant pas consulté au cours des trois années précédentes. Or cette proportion n'est que de 19 %. Des dispositifs d'« aller-vers » doivent donc compléter la réforme du 100% santé.

La forte augmentation du nombre d'actes prothétiques (+ 63 % de 2018 à 2024) mérite également d'être analysée :

- pour les chirurgiens-dentistes libéraux, le nombre moyen d'actes prothétiques par patient est passé de 2,3 en 2018 à 3,0 en 2024, dont 3,1 pour le panier sans reste à charge, 1,9 pour le panier modéré et 2,3 pour le panier libre. L'évolution est similaire dans les centres de santé. Il revient à la CNAM de s'assurer que ces progressions s'expliquent seulement par une amélioration de la prise en charge de personnes qui, auparavant, renonçaient aux soins, et non par une préférence des chirurgiens-dentistes pour des soins prothétiques mieux rémunérés que des soins conservateurs qui auraient pu suffire.
- Il existe de fortes disparités dans le nombre d'actes prothétiques par patient relevant du panier sans reste à charge selon les territoires²⁸⁰, les structures médicales²⁸¹ ou les catégories de population²⁸². Ces

²⁸⁰ Le nombre d'actes prothétiques par patient relevant du panier sans reste à charge est particulièrement élevé en Île-de-France (3,7).

²⁸¹ Au plan national, le ratio est de 3,9 dans les centres de santé alors qu'il est de 3 dans les cabinets libéraux.

²⁸² Selon la direction de la coordination de la gestion du risque (DCGDR) d'Île-de-France, les titulaires de la complémentaire santé solidaire (C2S), aux revenus modestes, ont bénéficié, en 2024, de 5,2 actes prothétiques par patient, contre 3,5 pour les autres patients du panier sans reste à charge.

disparités peuvent s'expliquer par des différences dans les populations prises en charge mais elles peuvent également soulever la question de la pertinence des actes ou même de la fraude. Le tiers-payant dont bénéficient les titulaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) peut, notamment, faciliter des fausses facturations.

Une autre source de fraude, jusqu'en 2028, est liée à la coexistence, pour un ensemble d'actes prothétiques, de tarifs appliqués aux bénéficiaires de la C2S inférieurs à ceux des autres patients relevant du panier sans reste à charge. Un dixième des chirurgiens-dentistes franciliens libéraux et en centre de santé a procédé à des fraudes par substitution en 2024. La CNAM s'apprête à mettre en place un mécanisme de rejet automatique des facturations excédant les plafonds applicables aux bénéficiaires de la C2S.

Il est nécessaire, au regard de l'ensemble de ces constats, d'évaluer l'efficacité et l'efficience du dispositif du 100 % santé, préalablement à la prochaine convention dentaire.

2 - Des dispositifs peu utilisés pour les publics fragiles

Les conventions dentaires ont cherché à renforcer l'accès aux soins des personnes fragiles par la valorisation financière de certains actes. La convention de 2018 a créé plusieurs suppléments pour la prise en charge des personnes en situation de handicap. Toutefois, les chirurgiens-dentistes y ont recouru « *de manière anecdotique* » selon les termes du bilan réalisé par la CNAM en 2023²⁸³.

La convention de 2023 a poursuivi dans cette voie avec la prise en charge d'une séance d'habitation²⁸⁴ aux soins pour les personnes en situation de handicap et la réalisation d'un bilan bucco-dentaire spécifique lors de l'entrée en établissement médico-social. Une rémunération spécifique annuelle de 300 € a été allouée aux chirurgiens-dentistes qui se déplacent en dehors de leurs cabinets²⁸⁵. Seulement 1 251 chirurgiens-dentistes ont bénéficié de ce financement en 2024, soit 4,3 % des praticiens éligibles. Enfin, l'avenant n°1 du 4 juillet 2024 à la convention de 2023 permet aux

²⁸³ Conseil de l'Union nationale des caisses de l'assurance maladie, 29 mars 2023, propositions d'orientation pour l'ouverture de négociations conventionnelles avec les chirurgiens-dentistes libéraux.

²⁸⁴ Consultation préparatoire entre le patient et le praticien (appropriation de l'espace, du matériel, reconnaissance des personnes) ou consultation au cours de laquelle les soins prévus n'ont pas pu être réalisés compte tenu du handicap du patient.

²⁸⁵ Actions d'« aller-vers » notamment en milieu scolaire, centre d'hébergement, établissement pénitentiaire (minimum de trois actions réalisées dans une année).

dentistes de pratiquer la télé-expertise bucco-dentaire pour les personnes éloignées des soins, notamment dans les établissements médico-sociaux.

3 - Des territoires délaissés : l'échec des dispositifs d'aide à l'installation dans les territoires très sous-dotés

Introduits dès 2012 dans la convention dentaire, les dispositifs d'aide à l'installation et au maintien de chirurgiens-dentistes dans les zones très sous-dotées²⁸⁶ ont été déployés dans un contexte favorable, marqué par la progression du nombre des chirurgiens-dentistes, passé de 40 500 en 2012 à 47 600 en 2025. La densité des chirurgiens-dentistes s'est améliorée de 12 % depuis 2012 pour s'établir à 69,4 pour 100 000 habitants.

En dépit de ce contexte favorable, les inégalités de répartition se sont accrues :

- le rapport entre les départements métropolitains le mieux et le moins bien pourvus, exprimé en nombre de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, est passé de 4,0 en 2012 à 4,5 en 2019 et à 5,5 en 2025 ;
- les centres de santé dentaire accroissent les inégalités territoriales : les dix départements les mieux dotés en chirurgiens-dentistes en concentrent le tiers pour un cinquième de la population ;
- l'accessibilité potentielle localisée²⁸⁷ pour les 10 % de la population les mieux dotés en chirurgiens-dentistes est, en 2023, 7,3 fois plus élevée que pour les 10 % les moins bien dotés ; ce ratio est de 4,1 pour les médecins généralistes, 5,1 pour les sages femmes, 6,1 pour les infirmières et 6,7 pour les kinésithérapeutes.

Face à cet échec, la convention dentaire 2023-2028 a l'ambition de renforcer les dispositifs d'aide à l'installation et au maintien des chirurgiens-dentistes. Les aides à l'installation ont été doublées (50 000 €) et celles au maintien augmentées de 33 % (4 000 €). Selon un rapport de la Cour²⁸⁸, ces incitations financières sont globalement inefficaces et doivent s'inscrire dans une stratégie plus globale qui reste à formaliser :

²⁸⁶ Zones les plus en tension au regard de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) pondéré du gradient social et mesurant l'offre de soins dentaires par rapport aux besoins de la population.

²⁸⁷ Calculé par la DREES, cet indicateur mesure l'adéquation entre l'offre et la demande de soins de ville (proximité et disponibilité des professionnels de santé).

²⁸⁸ Cour des Comptes, *Les aides à l'installation des médecins libéraux*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, novembre 2025.

diversification de l'origine des étudiants²⁸⁹, présence de chirurgiens-dentistes dans les maisons de santé pluridisciplinaires, territorialisation des stratégies, mise en place de cabinets secondaires, etc.

Des restrictions à l'installation (une installation pour un départ) ont été mises en place dans les zones les mieux dotées, dites non prioritaires, qui regroupent 5 % de la population mais 9 % des praticiens. Ce principe permet d'éviter une aggravation des inégalités mais non de les corriger. Pour améliorer l'efficacité de la régulation, la règle du « un pour un » pourrait être étendue aux zones dites très dotées, qui regroupent 15 % de la population française. Elle pourrait aussi être durcie dans les zones non prioritaires, en passant à un remplacement pour deux départs.

4 - Un sujet non réglé : l'accès aux soins orthodontiques

La commission paritaire nationale de la convention de 2023 a décidé « d'initier des travaux (...) pour améliorer la prise en charge de l'orthodontie et limiter les restes à charge pour les familles »²⁹⁰. Le taux de recours à ces soins est en effet de 21 %, soit un niveau inférieur à celui observé dans les autres pays européens : il est compris entre 20 et 30 % en Italie et Espagne, 30 et 40 % au Royaume-Uni et s'établit à 48 % en Belgique et à 50 % en Allemagne.

Le taux de reste à charge des ménages pour ces soins était de 23 % en 2023, soit 167 € par semestre. La prise en charge, qui concerne en France les seuls patients de moins de 16 ans, s'étale sur six semestres de traitement et deux ans de contention.

II - Une forte augmentation des dépenses nécessitant un renforcement de leur pilotage

Faute de dispositif conventionnel de maîtrise des dépenses de soins dentaires, celles-ci ont fortement augmenté. La prise en charge de cette hausse a été assurée, pour l'essentiel, par les organismes complémentaires. Le pilotage des dépenses est à renforcer.

²⁸⁹ Six nouvelles unités de formation et de recherche d'odontologie ont été créées depuis 2022. Une autre ouvrira d'ici 2027.

²⁹⁰ Réunion de la commission paritaire nationale du 21 juin 2024.

A - Une augmentation continue des dépenses et des honoraires perçus

L'augmentation des dépenses de soins dentaires ne résulte pas uniquement des réformes engagées par les pouvoirs publics mais aussi de l'activité des chirurgiens-dentistes. Elle conduit à une hausse des honoraires de la profession.

1 - Une dépense globale en augmentation de 4 % par an

Les dépenses de soins dentaires ont atteint 15,7 Md€ en 2024, en augmentation de 3,9 % par an depuis 2018. La progression est un peu supérieure à celle du sous-objectif de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) portant sur les soins de ville sur la même période (3,5 % par an). Ce dynamisme résulte d'un effet prix (2,2 % par an) et d'un effet volume (1,7 % par an).

**Tableau n° 25 : évolution des dépenses de soins dentaires
en ville entre 2018 et 2024 (en M€ et en pourcentage)**

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Dépenses (M€)	12 437	12 795	12 215	14 215	14 633	15 288	15 679
Évolution (%)		2,9 %	- 4,5 %	16,4 %	2,9 %	4,50 %	2,6 %
dont effet volume		- 0,2 %	- 9,8 %	15,5 %	1,8 %	3,7 %	1,1 %
dont effet prix		3,1 %	5,8 %	0,8 %	1,2 %	0,80 %	1,4 %

Source : DREES, Les dépenses de santé en 2024

Les centres de santé, dont le nombre s'est accru sur la période, ont participé fortement à cette croissance : leur activité sur la période a crû de 73 % contre 20 % pour les chirurgiens-dentistes libéraux. Leur part dans la dépense atteint 16 % en 2024, contre 11% en 2018.

Une incertitude concerne le montant des honoraires relatifs aux soins non remboursables, pour lesquels le praticien n'établit pas de feuille de soins, et qui ne sont donc pas connus de la CNAM²⁹¹. La DREES l'estime à 1 Md€ mais la Cour l'évalue à 2,2 Md€²⁹² pour les seuls chirurgiens-dentistes libéraux, soit 19 % de leurs honoraires totaux. Cela conduit la Cour à réévaluer le montant de la dépense globale de soins dentaires à 17 Md€ au moins en 2024.

2 - Une augmentation principalement portée par les réformes

Pour analyser la dynamique de cette dépense, la Cour s'est appuyée sur les données relatives aux honoraires dont dispose l'assurance maladie.

Si l'on raisonne par types de soins, les soins prothétiques, dont le coût a augmenté de 28 % avec la mise en œuvre du 100 % santé, expliquent la moitié de la progression des honoraires. Les soins conservateurs, qui ont été revalorisés depuis 2006 pour renforcer la prévention, ont contribué pour 22 % à cette hausse, tandis que les soins orthodontiques en expliquent 17 %. Les examens bucco-dentaires, visites et consultations ont eu un impact marginal (1 %) ²⁹³.

Une autre approche distingue, dans les honoraires totaux, la base de remboursement de la sécurité sociale et les dépassements d'honoraires. Ces derniers ont augmenté sur la période de 1 Md€, avec de fortes disparités entre spécialités, et expliquent près du tiers de l'augmentation des honoraires totaux. Ils ont particulièrement augmenté pour les orthodontistes (23 % contre 15 % pour les autres chirurgiens-dentistes). Ainsi, pour un orthodontiste, les dépassements d'honoraires s'élèvent en moyenne à 483 000 € par an et à 66 % de leurs honoraires totaux. Pour un chirurgien-dentiste, ils s'élèvent à 141 400 € par an et à 47 % de leurs honoraires totaux²⁹⁴.

²⁹¹ Éclaircissements, implants, orthodontie adulte, traitements parodontaux. Ces actes font l'objet d'honoraires totalement libres, ils ne sont pas remboursés par la sécurité sociale mais peuvent l'être en partie par certains organismes complémentaires.

²⁹² La DREES prend en compte les nomenclatures de soins dont l'objet est d'améliorer, de maintenir ou de prévenir la détérioration de l'état de santé des individus. Dans une approche différente, la Cour compare le chiffre d'affaires des praticiens libéraux déclaré à la DGFIP et leurs honoraires recensés par la CNAM.

²⁹³ Les 10 % restants concernent les consultations, la radiologie et les soins chirurgicaux.

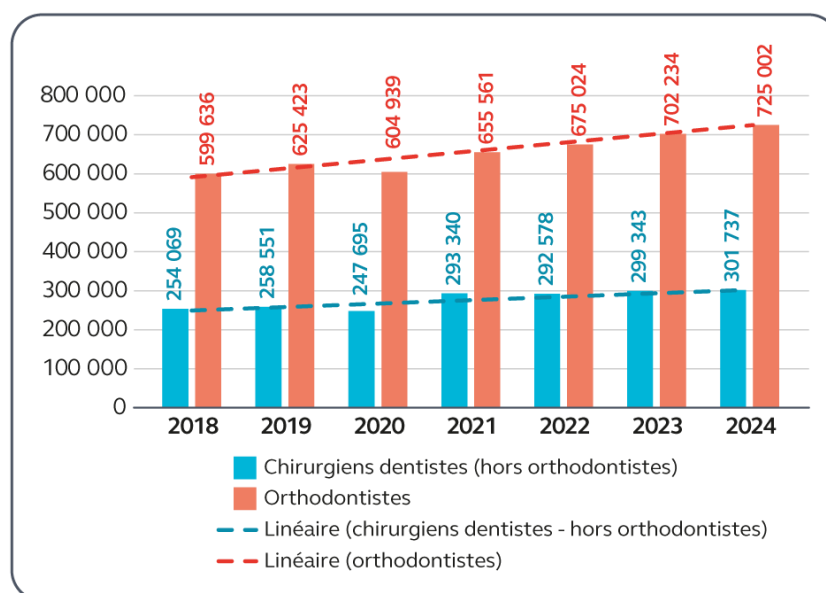
²⁹⁴ CNAM, *Data AMELI professionnels de santé libéraux*.

3 - Des honoraires de praticiens en hausse

Selon les données de la CNAM, les honoraires moyens perçus par les chirurgiens-dentistes libéraux ont augmenté en moyenne de 20 % entre 2018 et 2024. La progression a été un peu plus rapide pour les orthodontistes (21 %) que pour les autres chirurgiens-dentistes (19 %), alors même que leurs honoraires sont 2,5 fois supérieurs.

L'orthodontie, avec 725 000 € par professionnel en 2024, est ainsi la profession médicale aux honoraires les plus élevés devant l'ophtalmologie (722 000 €), la radiologie (681 000 €), l'anesthésie-réanimation (504 000 €) et la chirurgie (480 000 €). Quant aux chirurgiens-dentistes, leurs honoraires moyens (302 000 €) sont supérieurs de 50 % à ceux des médecins généralistes (190 000 €). Ces montants ne correspondent cependant pas aux revenus nets des praticiens concernés, puisqu'il faut en déduire les charges qu'ils supportent et qui varient selon les spécialités.

Graphique n° 18 : honoraires totaux moyens par professionnel en 2024 (en €)



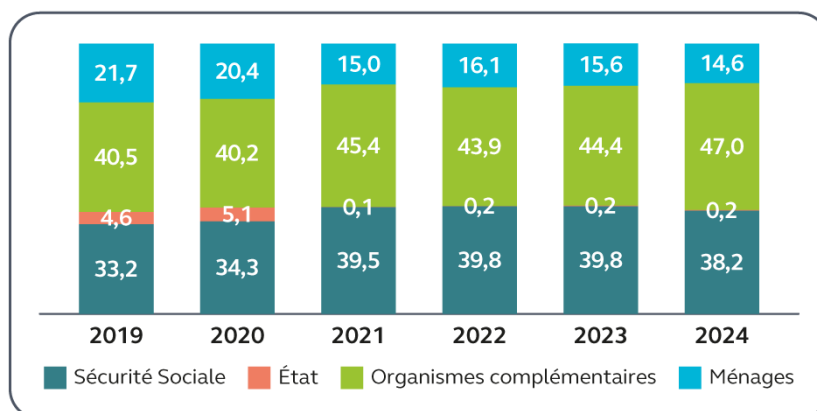
Source : CNAM, data AMELI

Ces montants comprennent les dépassements d'honoraires mais pas les honoraires relatifs aux soins non remboursables par l'assurance maladie, estimés *supra* entre 1 et 2,2 Md€.

B - Des ajustements entre financeurs au profit de la réduction du reste à charge des ménages

L'assurance maladie finance en 2024 près de 80 % de la consommation de soins et de biens médicaux mais sa part dans les dépenses de soins dentaires est beaucoup plus faible, à 38 %. Les organismes complémentaires sont les principaux financeurs des soins dentaires (47 %) et la part des ménages, en baisse, est devenue inférieure à 15 % en 2024.

Graphique n° 19 : évolution de la dépense de soins dentaires par financeur entre 2019 et 2024 (en %)



*Note : entre 2020 et 2021, la part de l'État a diminué en raison du transfert du financement de la C2S à la sécurité sociale, le reliquat correspondant pour l'essentiel à l'aide médicale de l'État.
Source : Cour des comptes à partir des données de la DREES sur la consommation de soins et de biens médicaux*

1 - Une part accrue des organismes complémentaires et une baisse de celle de l'assurance maladie

En 2024, les organismes complémentaires ont pris en charge 47 % des soins dentaires, dont ils sont les premiers financeurs. Entre 2019 et 2024, leurs dépenses sont passées de 5,2 Md€ à 7,4 Md€, contre 6 Md€ pour l'assurance maladie. Leur part dans le financement des soins dentaires a augmenté de 6,5 points²⁹⁵ sous l'effet de deux mesures.

En premier lieu, le déploiement du 100 % santé les sollicite fortement depuis 2021. Les bases de remboursement de la sécurité sociale restent nettement inférieures aux tarifs plafonds et, en conséquence, le financement

²⁹⁵ DREES, *Les dépenses de santé en 2024 - édition 2025*, octobre 2025.

du recours à ces actes repose en premier lieu sur les organismes complémentaires²⁹⁶. En 2024, ils financent ainsi 69 % des soins prothétiques. Cette part monte à 77 % pour les actes du panier sans reste à charge, dont la prévision initiale du taux de recours est dépassée de dix points²⁹⁷. Pour les soins dentaires autres que prothétiques, elle est de 32 %.

En second lieu, une augmentation du ticket modérateur des soins dentaires²⁹⁸ de 30 % à 40 % a été décidée dans le cadre des économies de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023. Appliquée au 15 octobre 2023, elle a conduit à une augmentation de deux points de la part des organismes complémentaires dans le financement des soins dentaires. Elle a permis corrélativement une économie pour l'assurance maladie de 525 M€ d'octobre 2023 à décembre 2024.

En 2025, la dynamique des dépenses a repris pour l'assurance maladie (+ 4,5%), ainsi que pour les organismes complémentaires qui financent, depuis avril, 40 % de l'examen bucco-dentaire des 3-24 ans.

2 - Un allègement du reste à charge des ménages

Estimé à 30 % en 2010, le reste à charge des ménages a été réduit de moitié pour atteindre 14,6 % en 2024. La réforme du 100 % santé a notamment permis de le réduire de sept points et a fait de la France le pays de l'Union européenne où les soins dentaires sont les mieux remboursés.

Comparaisons internationales des dépenses de soins dentaires²⁹⁹

En 2023, la France consacre 200 € en santé par habitant aux dépenses de soins dentaires, soit plus que la moyenne de l'Union européenne (170 €).

Le reste à charge des ménages est de 16 %³⁰⁰, contre 39 % en moyenne dans l'UE. Il est de 18 % en Allemagne, 22 % aux Pays Bas, 49 % au Royaume-Uni, 50 % au Danemark et 98 % en Espagne. La part des dépenses prises en charge par les régimes obligatoires, publics et privés, est inférieure à 50 % dans la plupart des pays.

²⁹⁶ Pour la pose d'une couronne dentaire dento-portée céramique monolithique (zircon) sur une dent autre qu'une molaire, la sécurité sociale prend en charge 60 % d'une base de remboursement de 120 €, soit 72 €. L'organisme complémentaire prend en charge la différence avec l'honoraire limite de facturation, qui est de 440 €, soit 368 €.

²⁹⁷ DREES, *Les dépenses de santé en 2024 - édition 2025*, octobre 2025.

²⁹⁸ Part des dépenses de santé non-prise en charge par la sécurité sociale

²⁹⁹ DREES, *Les dépenses de santé en 2024*, Op.cit.

³⁰⁰ Ce taux concerne les seuls chirurgiens-dentistes libéraux en 2023.

Pour autant, le reste à charge des ménages ne prend pas en compte les cotisations versées aux complémentaires santé. La DREES³⁰¹ n'est pas en mesure d'évaluer les effets de la réforme du 100 % santé sur les primes des assurés. Toutefois, ses travaux montrent que les augmentations de primes ont été plus fortes pour les assurés âgés couverts par un contrat individuel, notamment lorsque le contrat est peu couvrant.

C - Un pilotage des dépenses à améliorer

À la suite de ses travaux sur les conventions médicales³⁰², la Cour avait recommandé de « *rendre publics, à l'issue des négociations, les objectifs pluriannuels de dépenses par convention ; mettre en place un suivi régulier du coût détaillé et complet de chaque convention* ». Cette recommandation n'a pas été mise en œuvre lors de la conclusion des conventions dentaires, ni lors de leur exécution.

1 - Une programmation prévisionnelle incomplète

Les orientations adoptées à l'occasion de la signature des conventions dentaires ne donnent pas lieu à la fixation d'objectifs quantifiés. Ainsi, l'objectif de 45 % de prothèses issues du panier sans reste à charge ne figure que dans le baromètre de l'action publique de 2022. Aucun document ne précise l'objectif du programme M'T dents tous les ans, lequel est sous-jacent à la prévision budgétaire. L'objectif de rééquilibrage au profit des soins conservateurs n'a, quant à lui, jamais été déterminé. Ces orientations stratégiques devraient être quantifiées et suivies dans le cadre des instances de pilotage des conventions avec les chirurgiens-dentistes et dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion de la CNAM.

Au plan financier, la programmation prévisionnelle n'est pas davantage satisfaisante car elle fait rarement état d'économies. À titre d'exemple, elle prend en compte, depuis 2006, la revalorisation tarifaire des soins précoces et conservateurs mais ne valorise pas les économies attendues en contrepartie sur les soins prothétiques, plus onéreux. Aucun engagement prévisionnel quantifié n'a été arrêté à ce titre dans les conventions.

³⁰¹ DREES, *Réforme du 100 % santé : quels effets attendre sur les primes des contrats des complémentaires santé ?*, avril 2025.

³⁰² Cour des comptes, *Les conventions entre les professionnels de santé de ville et l'assurance maladie : une contribution à l'efficience des dépenses à renforcer*, chapitre III, RALFSS 2022.

2 - Un pilotage en exécution défaillant

La direction de la sécurité sociale et la CNAM n'ont pas produit le suivi annuel de la contribution de chacune des mesures nouvelles à la croissance des dépenses d'assurance maladie, tant pour la convention de 2018 que pour celle de 2023. La CNAM a seulement indiqué que la convention 2018-2023 a conduit à une augmentation des honoraires globaux de 3,4 Md€, financée à hauteur de 2,4 Md€ par l'assurance maladie et de 1 Md€ par les organismes complémentaires.

Par ailleurs, les dispositifs conventionnels de régulation des dépenses sont circonscrits, peu opérants et insuffisants. Dans son rapport de 2022 sur la réforme du 100 % santé³⁰³, la Cour avait recommandé de « *prévoir, dans le cadre de futures négociations conventionnelles avec les syndicats de chirurgiens-dentistes, une clause permettant d'agir en cas de dérapage de la trajectoire des dépenses de prothèses dentaires* ». L'article 31 de la convention de 2023, qui vise à assurer l'équilibre économique du 100 % santé ne comporte pas de clause de correction de la trajectoire des dépenses et ne répond donc pas à cette recommandation. Il se limite à prévoir un suivi des prix et des types de matériaux utilisés pour la réalisation des prothèses ainsi qu'un suivi des charges des chirurgiens-dentistes, qui ne sont pas mis en œuvre en pratique. À l'inverse, cet article prévoit, sans condition préalable, une augmentation de 3 % des honoraires limites de facturation des paniers de soins sans reste à charge et à reste à charge modéré, pour un coût estimé de 580 M€.

L'article 41 de la LFSS pour 2025, qui permet la conclusion d'accords de maîtrise des dépenses pour la biologie, l'imagerie médicale et les transports sanitaires, pourrait être étendu aux soins dentaires afin de définir des objectifs quantitatifs ou une trajectoire de maîtrise des dépenses.

3 - Un rééquilibrage des tarifs à poursuivre

La politique tarifaire conduite depuis 2006 a consisté à revaloriser les soins conservateurs pour réduire la part des soins prothétiques. Elle n'a pas atteint son objectif du fait de la persistance d'un avantage tarifaire comparatif en faveur de ces derniers. Le 100 % santé n'a pas suffisamment changé cette donne.

³⁰³ Cour des comptes, *La réforme du 100 % santé*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, juillet 2022.

Il serait nécessaire de revoir les honoraires limites de facturation des soins prothétiques mis en place dans le cadre du 100 % santé et les montants autorisés de dépassements d'honoraires. À défaut, l'article 41 de la LFSS pour 2025 précité, étendu aux soins dentaires, trouverait à s'appliquer.

III - Une gestion du risque à renforcer

La gestion du risque a deux objectifs : promouvoir les bonnes pratiques auprès des praticiens et contrôler la bonne réalisation, la pertinence et la facturation des actes. Dans ce cadre, la qualité des soins dentaires doit être améliorée, les mesures d'accompagnement mieux articulées avec d'autres procédures, et les contrôles renforcés et mieux coordonnés entre l'assurance maladie et les organismes complémentaires.

A - Une qualité des soins dentaires à améliorer

L'action de la Haute Autorité de santé doit être renforcée, mieux prise en compte, et la nomenclature des soins dentaires révisée.

1 - Des interventions de la Haute Autorité de santé à rendre plus efficaces

La Haute Autorité de santé (HAS) produit des évaluations d'actes et des recommandations de bonnes pratiques mais celles-ci sont souvent tardives par rapport aux sollicitations des services de l'État ou de la CNAM. Saisie en août 2023 sur la prise en charge de cinq actes dont le remboursement est susceptible de prendre effet à compter de 2026, la HAS a ainsi rendu ses avis le 4 décembre 2025.

De même, la HAS tarde souvent à formaliser ou à actualiser ses recommandations de bonnes pratiques, ce qui est préjudiciable pour les chirurgiens-dentistes conseils de l'assurance maladie pour apprécier la pertinence des soins lors de leurs contrôles. Saisie en 2020 sur un référentiel de bonnes pratiques en matière d'implantologie orale et sur la prise en charge implanto-prothétique dans deux types d'édentements, elle n'a rendu ses trois rapports que le 17 octobre 2024. La CNAM lui a demandé en juin 2024 une actualisation des recommandations portant sur la « *stratégie de prévention de la carie dentaire* » de mars 2010, dont la publication est prévue pour le second semestre 2026. Enfin, la mise à jour des recommandations relatives à la prescription des antibiotiques en bucco-

dentaire de 2011, demandée en mars 2022, était prévue pour juin 2025 mais ne sera probablement finalisée qu'au premier semestre 2026.

Selon la HAS, ces délais résultent pour partie de la crise sanitaire, pour partie de la complexité de certains dossiers (implantologie) et de la présence d'un seul chef de projet chirurgien-dentiste.

En outre, la Cour a constaté que certaines recommandations de bonnes pratiques ne sont pas adaptées aux évolutions technologiques. C'est le cas de celles sur l'orthodontie des jeunes de 2006, sur les radiographies panoramiques en deux dimensions et rétro-alvéolaires de 2006 et sur la radiographie volumique par faisceau conique de 2009.

Enfin, la HAS réalise rarement des études médico-économiques, sans lesquelles il est difficile d'évaluer l'efficacité et l'opportunité d'une stratégie. La stratégie pour la prévention de la carie dentaire de mars 2010 n'en comportait pas, et pour son actualisation, il est prévu l'étude des coûts de la mise en œuvre des recommandations par l'assurance maladie sans qu'il ne soit fait mention d'une analyse de leur efficacité.

2 - Des avis de la Haute Autorité de santé à mieux prendre en compte

Une fois rendues, les évaluations de la HAS sont parfois prises en compte tardivement ou de façon partielle.

Ainsi, le remboursement du vernis fluoré, évalué en mars 2001 et mentionné dans les recommandations sur la « *stratégie de prévention de la carie dentaire* » de mars 2010, n'est pris en charge que depuis 2019, pour les enfants à risque élevé de carie de six à neuf ans. Il n'a été étendu à d'autres jeunes patients qu'en février 2024.

Le remboursement du mainteneur d'espace interdentaire unitaire scellé, évalué en octobre 2003, ne sera pris en charge qu'à compter de 2026.

Après avoir reçu un avis favorable pour son application à toute la population en décembre 2018, le remboursement du bilan et de l'assainissement pour le traitement des parodontites a été mis en œuvre de façon limitée aux patients diabétiques en affection de longue durée (ALD), respectivement en 2019 et 2020, et étendu à cinq autres ALD en 2024.

Les implants dentaires ne sont pas pris en charge, sauf en de rares cas liés à des maladies rares ou à des tumeurs. Dans son rapport du 17 octobre 2024, la HAS était pourtant favorable au remboursement de ces actes en cas d'édentement complet ou unitaire. Une telle réforme impliquerait de réviser la classification commune des actes médicaux sur ce point.

3 - Des soins dentaires à inclure dans la révision tarifaire

L'article 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a prévu la mise à jour de la classification commune des actes médicaux (CCAM) et de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) afin de prendre en compte l'évolution des pratiques et de les valoriser au juste prix.

La priorité a été accordée aux actes médicaux, dont la classification datait de 2005 sur les soins dentaires. Pourtant, certains actes dentaires sont obsolètes, manquants ou imprécis malgré l'actualisation de 2018. Par exemple, les actes d'orthodontie sont remboursés sur le fondement de la NGAP pour les seuls patients de moins de seize ans. Leur description date de 1972 et s'avère lacunaire (pas de mention de la technique utilisée ni de l'indication des soins, pas de modulation de la durée des traitements). Les actes d'orthodontie ont pourtant été précisément définis dans la CCAM. Il conviendrait d'utiliser cette nomenclature pour fixer les tarifs de ces actes.

La revalorisation de certains actes, insuffisamment pratiqués car mal remboursés, permettrait de réaliser des économies. Ce serait par exemple le cas pour les orthèses d'avancée mandibulaire, promues par la CNAM car moins onéreuses que d'autres dispositifs médicaux, ou pour les réparations des prothèses amovibles, moins coûteuses que leur remplacement.

B - Des mesures d'accompagnement à articuler avec des procédures plus contraignantes

Les chirurgiens-dentistes conseils de l'assurance maladie mènent de nombreuses actions en direction des chirurgiens-dentistes libéraux à l'occasion de leur installation, afin de leur expliquer les modalités de la facturation des actes et les différents contrôles opérés. Après une analyse des facturations sur les douze à vingt-quatre premiers mois d'exercice et en cas d'anomalies détectées, un deuxième échange est organisé.

Par ailleurs, tous les praticiens reçoivent en continu des informations professionnelles. Certaines sont ciblées (prise en charge du handicap, mesures de valorisation...). D'autres s'inscrivent dans des campagnes nationales menées localement.

Des campagnes visent à sensibiliser les plus importants prescripteurs de certains actes ou médicaments mais leur efficacité est limitée. Concernant les examens par radiographie volumique par faisceau conique, 1 592 échanges confraternels³⁰⁴ ont été menés avec les plus gros réalisateurs en 2022. Le

³⁰⁴ Échanges entre praticiens de la même profession (au cas d'espèce, entre les chirurgiens-dentistes conseils de l'assurance-maladie et les chirurgiens-dentistes libéraux).

nombre de ces actes a toutefois progressé de 46 % entre 2021 et 2024, avec de fortes disparités selon les régions (31 % en Île-de-France, 43 % en Pays-de-Loire, 57 % en Hauts-de-France). Concernant les prescriptions d'antibiotiques, dont 66 % ne sont pas justifiées, 1 993 échanges confraternels ont été menés en 2023 sur l'antibiorésistance, avec pour objectif de réaliser une économie de 7 M€. Les prescriptions ont certes baissé de 2,8 % entre 2022 et 2023 mais elles ont retrouvé en 2024 leur niveau de 2022. L'opération a été relancée fin 2024-début 2025 dans l'objectif d'une économie potentielle de 5 M€.

Les campagnes devraient être poursuivies par des contrôles pour les situations atypiques les plus importantes et par la mise à disposition d'outils d'aide à la prescription et de positionnement du prescripteur par rapport à sa pratique.

Enfin, certains chirurgiens-dentistes libéraux ne prennent pas en charge les enfants ou les bénéficiaires de la C2S. L'envoi, en 2022, de courriers de sensibilisation en Île-de-France portant sur le refus de l'accueil de jeunes patients n'a pas mis fin à cette pratique. Le phénomène perdure en 2024 : 35 % des praticiens ne prennent toujours pas en charge les enfants de moins de six ans et 22 %, les bénéficiaires de la C2S. L'Ordre des chirurgiens-dentistes et l'agence régionale de santé devraient être saisis de ces cas de refus de soins, de discrimination ou de violation des obligations déontologiques, aux fins de sanctions individuelles.

C - Des contrôles à renforcer et à mieux coordonner

Les contrôles sont d'une efficacité limitée. Ils doivent être coordonnés et les irrégularités corrigées.

1 - Des contrôles à l'efficacité limitée

Les contrôles effectués par les agences régionales de santé (ARS) dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité sont peu nombreux. Ils ne font pas partie des thématiques inscrites dans les orientations nationales et régionales de leurs missions d'inspection-contrôle. Entre 2022 et 2024, l'ARS Pays de la Loire a mené seulement quatre missions de contrôle en propre et une en lien avec des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Depuis 2022, l'ARS d'Île-de-France a contrôlé 19 centres dentaires sur les 530 présents dans la région.

Les procédures devant les instances ordinales sont généralement trop longues. Les conseils départementaux de l'Ordre adressent des questionnaires (1 804 en 2024) aux praticiens afin de s'assurer du respect

des règles de déontologie et de compétence professionnelle. Des visites confraternelles (504 en 2024) sont également organisées en cabinet. Elles ont donné lieu à 94 sanctions disciplinaires ou saisines d'ARS. La durée moyenne de traitement des procédures disciplinaires est comprise entre deux et trois ans.

Les CPAM sont les plus actives mais leur efficacité est limitée par la baisse de l'effectif de chirurgiens-dentistes conseils, passé de 292 en 2005 à 186 en 2016 et à 154 en 2024. En 2024, seulement 90 d'entre eux réalisaient des contrôles des actes et ils en ont engagé chacun 2,5 en moyenne.

Les CPAM contrôlent le paiement à bon droit, en particulier pour le respect des plafonds du dispositif du 100 % santé et du reste à charge maîtrisé (taux de respect de 99,9 % depuis 2022) ou en cas de paiements multiples pour un même acte (14,7 M€ d'indus en 2024, soit 0,29 % des décomptes liquidés). Aucun contrôle n'est effectué pour s'assurer du respect des honoraires limites applicables aux bénéficiaires de la C2S.

Les CPAM contrôlent aussi la pertinence des actes. Des investigations sont menées en 2026 sur la pose de gouttière de libération occlusale en raison d'une augmentation de 55 % de leur nombre entre 2019 et 2023, avec une économie potentielle de 20,5 M€. Face à la hausse de 222 % de la pose de couronnes dento-portées unitaires entre 2019 et 2022, des contrôles ont porté sur quatre types d'actes réalisés par les praticiens le 17 juin 2025 (date aléatoire) afin d'en examiner leur pertinence, avec une économie potentielle de 41,5 M€.

Enfin, des requêtes permettent aux CPAM de détecter des actes et des facturations atypiques et, éventuellement, de sanctionner les praticiens fautifs. En 2024, l'estimation des fraudes pour les chirurgiens-dentistes libéraux est comprise entre 60 et 100 M€. Entre 2022 et le premier semestre 2025, le montant total relatif à des actes frauduleux s'est élevé à 27,7 M€ pour 496 chirurgiens-dentistes et à 23,2 M€ pour 210 centres dentaires. Les principaux griefs relevés concernent le contournement systématique et volontaire des règles de facturation, le paiement de prestations fictives et le défaut de qualité des soins.

Durant cette période de trois ans et demi, l'assurance maladie a engagé 109 actions contentieuses à l'encontre de centres dentaires et 291 à l'égard de chirurgiens-dentistes libéraux. Ces actions ont conduit à 103 saisines de l'Ordre pour les praticiens libéraux, aucune pour les salariés des centres. Ces derniers peuvent donc continuer leurs agissements sans aucune sanction conventionnelle ni disciplinaire. 23 actions conventionnelles ont été engagées contre des centres dentaires et seulement 5 contre des chirurgiens-dentistes libéraux.

À compter de 2018, à la suite d'affaires de fraude médiatisées³⁰⁵, la CNAM a lancé des programmes nationaux de contrôle des centres dentaires.

Une vigilance renforcée sur les centres dentaires

Les contrôles de l'assurance maladie ont abouti, entre 2022 et 2024, à sanctionner 69 centres dentaires pour fraude par la suspension de leur convention ou par des pénalités financières et, pour 13 d'entre eux, par le dépôt de plaintes pénales.

La loi du 19 mai 2023, visant à améliorer l'encadrement des centres de santé, a rétabli la délivrance d'un agrément par le directeur de l'ARS pour tous les centres dentaires afin de s'assurer du respect des exigences réglementaires et de qualité définies dans le code de la santé publique. La loi impose aussi la mise en place d'un comité médical responsable, avec le gestionnaire du centre, de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins ainsi que de la formation continue. Cette régulation a conduit à une forte diminution du nombre de créations de centres dentaires, passé de 144 en 2021 à 14 en 2024.

2 - Des contrôles à mieux coordonner entre l'assurance maladie et les organismes complémentaires

Les organismes complémentaires mènent des contrôles avec leurs chirurgiens-dentistes consultants. Ils relèvent des atypies et des dérives pour le 100 % santé. Notamment, la gratuité est fréquemment détournée par l'ajout d'actes hors nomenclature ou non pris en charge par l'assurance maladie (moulages, simulations thérapeutiques, préparations, photographies cliniques, etc.). Certains actes sont facturés pour bénéficier d'un remboursement intégral (actes sans justification médicale, fausses factures pour des actes non remboursés).

Les échanges d'informations entre l'assurance maladie et les organismes complémentaires constituent un enjeu majeur pour la lutte contre la fraude. Or, les dispositions du code de la sécurité sociale les restreignent à l'information de la mise en place d'une enquête par l'assurance maladie en cas de suspicion de fraude. Le seul destinataire est l'organisme complémentaire de l'assuré, s'il peut être identifié. Aucune coordination des contrôles n'est ainsi possible.

³⁰⁵ Elles ont été décrites dans un rapport de l'inspection générale des affaires sociales, *Les centres de santé dentaires : propositions pour un encadrement améliorant la sécurité des soins*, janvier 2017.

Un renforcement des échanges entre l'assurance maladie et les organismes complémentaires permettrait à ces derniers d'utiliser des données fines pour la liquidation des paiements, la vérification de la bonne exécution des contrats collectifs et individuels, et pour la lutte contre la fraude. Ces nouvelles dispositions faciliteraient le partage des outils, la coordination de la stratégie de contrôle et de l'analyse des risques, ainsi que l'identification et l'examen des atypies³⁰⁶.

3 - Des irrégularités à corriger

Comme en 2016, la Cour a relevé des dépassements d'honoraires prohibés sur des actes remboursables par l'assurance maladie à tarif opposable (consultations, soins conservateurs et chirurgicaux, radiologie, prévention). Pour les chirurgiens-dentistes d'Île-de-France, cela concerne entre 0,4 % et 4,3 % des actes, sans que les CPAM aient précisé leur répartition entre praticiens conventionnés et non-conventionnés. Dans cette région, 350 praticiens ont facturé des dépassements allant de 4 200 € à 800 000 €³⁰⁷.

La Cour a aussi constaté des contournements irréguliers du principe de l'acte global³⁰⁸. En Île-de-France, au cours du premier semestre 2025, pour la seule extraction simple d'une dent (174 819 actes pour un coût de 6,8 M€), 20 % des chirurgiens-dentistes et 60 % des centres dentaires ont facturé à tort plusieurs extractions le même jour sur le même patient et d'autres actes associés tels qu'une suture. Cela représentait 5,4 % des actes et 4,9 % des honoraires. En outre, sans en connaître leur nombre ni leur montant, des actes non codifiés (anesthésie, plateau de chirurgie) peuvent être facturés.

Les dépassements d'honoraires ou le contournement de l'acte global devraient donner lieu à un contrôle *a priori* automatique du respect des règles de facturation pour empêcher ces irrégularités. Dans l'immédiat, pour les praticiens conventionnés, l'Ordre et les CPAM concernées devraient engager les démarches disciplinaires et conventionnelles adéquates. Pour ceux non conventionnés, les cas identifiés par les CPAM devraient être transmis à l'Ordre afin qu'il apprécie si le montant des honoraires est déterminé avec « *tact et mesure* », et qu'il engage, si nécessaire, des sanctions disciplinaires.

³⁰⁶ Des dispositions en ce sens figurent dans la loi de lutte contre les fraudes sociales et fiscales, votée dans les mêmes termes par les deux chambres du Parlement le 11 mai 2026.

³⁰⁷ Les dépassements les plus élevés atteignent 400 000 € dans les Hauts-de-Seine, 350 000 € en Seine-et-Marne et 800 000 € à Paris.

³⁰⁸ Pas de division autorisée de l'acte dentaire concerné en plusieurs actes facturés.

À cet effet, et afin de mieux détecter les fraudes et de mieux apprécier la pertinence et la qualité des soins, la Cour avait recommandé en 2016 « *d'instituer par une disposition législative une obligation de transmission à l'assurance maladie obligatoire et aux assureurs complémentaires des informations relatives à l'ensemble des actes, y compris non remboursables, en conditionnant les prises en charge de cotisations sociales au respect de cette obligation* ». Cette recommandation n'a pas été mise en œuvre.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les deux conventions dentaires de 2018-2023 et 2023-2028 n'ont pas atteint leurs objectifs : les dépenses continuent à croître sans réel rééquilibrage entre les soins préventifs et curatifs ; les disparités territoriales d'accès aux soins dentaires augmentent ; l'accès aux soins prothétiques s'améliore mais dans des conditions qui ne permettent pas d'en évaluer la pertinence. Les objectifs poursuivis par les conventions sont trop rarement quantifiés et les engagements pris par les praticiens mal définis. Les outils de régulation sont insuffisants et peu mobilisés. Ils doivent être renforcés par un meilleur partage de l'information et une coordination accrue entre l'assurance maladie et les organismes d'assurance complémentaire. La Cour formule en conséquence les cinq recommandations suivantes, dont les quatre premières sont adressées au ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées :

11. *prévoir, dans la lettre de cadrage adressée au directeur général de l'Union nationale des caisses de l'assurance maladie en vue de la négociation de la prochaine convention, l'introduction d'une clause permettant d'agir en cas de dérapage de la trajectoire des dépenses de prothèses dentaires ;*
 12. *prévoir, dans la lettre de cadrage adressée au directeur général de l'Union nationale des caisses de l'assurance maladie en vue de la négociation de la prochaine convention, l'introduction des mesures nécessaires au rééquilibrage entre soins conservateurs et soins prothétiques, y compris sous la forme de baisses de tarifs des soins prothétiques ;*
 13. *renforcer, dès 2027, les restrictions à l'installation des chirurgiens-dentistes dans les zones très dotées et les zones non prioritaires ;*
 14. *instituer au plus tôt, par une disposition législative, une obligation de transmission à l'assurance maladie et aux assureurs complémentaires des informations relatives à l'ensemble des actes, y compris non remboursables, en conditionnant les prises en charge de cotisations sociales au respect de cette obligation (recommandation réitérée) ;*
 15. *réformer les règles applicables à l'orthodontie en vue de la prochaine convention (pertinence des actes, nomenclature et facturation) (ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Haute Autorité de santé, caisse nationale de l'assurance maladie).*
-

Chapitre VII

Les transports de patients

à la charge de l'assurance-maladie :

une dépense à réguler plus efficacement,

des acteurs à davantage responsabiliser

PRÉSENTATION

Hors cas d'urgence³⁰⁹, les transports de patients pris en charge par l'assurance maladie³¹⁰ peuvent être assurés selon plusieurs modalités : en ambulance ou en véhicule sanitaire léger, modes qui constituent les deux composantes des transports sanitaires au sens strict, en taxi conventionné, ou encore en transport en commun ou en véhicule personnel. L'ensemble constitue les transports de patients dits programmés. Leur coût pour l'assurance-maladie a été de 6,15 Md€ en 2024,

Depuis quinze ans, plusieurs rapports ont été consacrés à ce sujet, dont deux par la Cour des comptes, en 2012 puis en 2019³¹¹. Alors qu'entre 2019 et 2024, les dépenses de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM hors Ségur de la santé et hors crise sanitaire) ont augmenté de 17%, les dépenses de transports des patients ont affiché une progression plus forte, de l'ordre de 30 %. Cette croissance conduit à s'interroger sur l'effectivité et l'efficacité de la régulation de cette activité, alors même que toutes les demandes de transport ne sont pas satisfaites.

La Cour a souhaité établir un nouveau point de situation en 2025, tenant compte du transfert aux hôpitaux, à compter de 2018, de la charge d'une partie des transports (les transferts intra et inter établissements), et des négociations conventionnelles intervenues avec les transporteurs sanitaires et les taxis, dont les dernières en 2025. Il ressort de cette analyse que quelques avancées ont été enregistrées mais que les constats que la Cour dressait en 2019 demeurent en grande partie valables, et que ses recommandations ont été peu suivies.

La dépense de transports de patients, en forte croissance, reste mal suivie et analysée (I). Il importe de renforcer la régulation par les volumes et par les prix (II), et de davantage responsabiliser les acteurs que sont les établissements de soins, les médecins prescripteurs, les assurés et les transporteurs (III).

³⁰⁹ Dans ce chapitre, sont traités les seuls transports non urgents. Le transport urgent préhospitalier a fait l'objet d'un récent rapport de la Cour des comptes : « Les SAMU et les SMUR, des évolutions en cours à poursuivre », *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2023*, chapitre V.

³¹⁰ La Cour a concentré ses travaux sur les transports terrestres, même si l'assurance maladie règle également des dépenses de transports aériens et maritimes, pour un montant de l'ordre de 100 M€.

³¹¹ Cour des comptes, « Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie », *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2012*, chapitre XI ; « Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social », *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2019*, chapitre IV.

Chiffres clés

- Hors transport urgent, dépense tous régimes à la charge de l'assurance maladie de 6,15 Md€ en 2024, dont 5,80 Md€ dans l'enveloppe de ville et 0,35 Md€ *a minima* de suppléments transports dans l'enveloppe hospitalière ;
- 6,52 millions de patients transportés (tous régimes) sur l'enveloppe soins de ville en 2024 ;
- 89 millions de trajets (régime général hors sections locales mutualistes) ;
- parc de 68 297 véhicules³¹² en 2024 dont 22 % d'ambulances, 21 % de véhicules sanitaires légers et 57 % de taxis conventionnés (dont 81 % sont indépendants et 19 % appartiennent à des entreprises de transport sanitaire dites bicéphales) ; les taxis conventionnés représentaient 64 % des 62 800 taxis en 2023³¹³.
- 640 M€, pour le coût estimé des anomalies de facturation (nombre de kilomètres facturés, véhicules utilisés...) en 2024, soit 16 % du total des anomalies facturées à la sécurité sociale.

I - Une dépense en forte croissance qui reste peu suivie et mal analysée

La dépense de transport de patients, largement remboursée par l'assurance-maladie, a beaucoup crû ces dernières années. Elle est liée majoritairement aux affections de longue durée mais est aussi influencée par une multiplicité de facteurs, ce dont attestent les disparités territoriales de son montant par habitant. L'incomplétude des données sur les caractéristiques des trajets empêche l'analyse fine de ses déterminants structurels.

A - Une dépense largement remboursée et dynamique

Le taux de prise en charge par l'assurance maladie est élevé avec, corrélativement, un faible reste à charge pour les assurés et les organismes complémentaires. La croissance rapide de la dépense, depuis la fin de la crise sanitaire, est tirée par les volumes, en particulier par les trajets en taxi.

³¹² Fichier national des professions de santé en 2024.

³¹³ Observatoire national des transports publics particuliers de personnes, *Les taxis et voitures de transport avec chauffeurs (VTC)*, 2025.

1 - Une dépense prise en charge à un niveau élevé par l'assurance-maladie

La dépense de transport de patients à la charge de l'assurance maladie est principalement imputée sur l'enveloppe des soins de ville, pour un montant remboursé (hors transport urgent) de 5,8 Md€ en 2024³¹⁴. Les trajets en taxi en représentent 51 %, alors que les ambulances en totalisent 30 %, les véhicules sanitaires légers (VSL) 17 % et pour les autres modes de transport, y compris en véhicule personnel, 3 %. Par ailleurs, les hôpitaux assument les transports intra et inter-hospitaliers sur leur budget depuis que la charge leur en a été transférée par l'article 80 de la LFSS pour 2017.

Règles générales de prise en charge des transports

Pour être pris en charge, le transport doit donner lieu à une prescription médicale. Le mode de transport est déterminé par le médecin en fonction de l'état du patient. Il est réalisé en ambulance quand le patient doit être transporté en position allongée ou demi-assise, nécessite une surveillance ou l'administration d'oxygène ; il est effectué en VSL ou en taxi quand le patient nécessite une aide au déplacement ou l'aide d'une tierce personne, sinon en voiture particulière ou en transport en commun.

Lorsque le patient n'est pas reconnu atteint d'une affection de longue durée (ALD), le transport est pris en charge à 55 % par l'assurance-maladie dans plusieurs situations, notamment s'il est lié à une hospitalisation (entrée ou sortie), s'il doit être effectué en ambulance, si la distance à parcourir est supérieure à 150 km ou s'il s'agit de transports en série³¹⁵ (sous réserve d'accord préalable dans ces deux derniers cas). Lorsque le patient est atteint d'une ALD, que le transport est lié à des soins en lien avec cette affection et qu'il se justifie par l'existence d'une déficience ou d'une incapacité nécessitant un tel transport, le taux de remboursement est de 100 %.

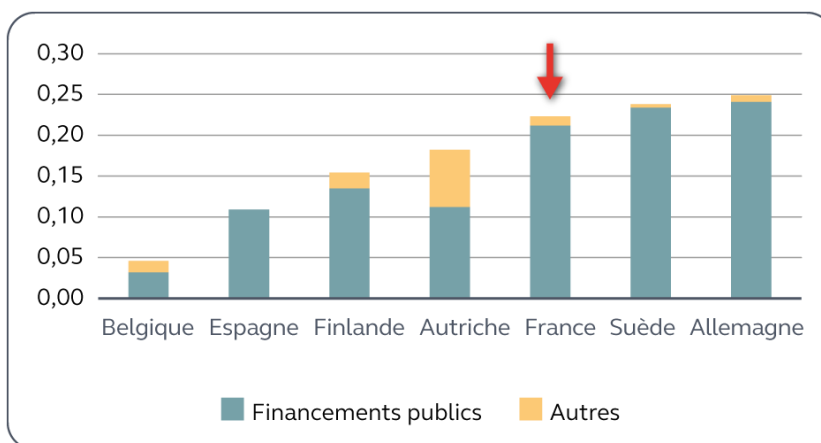
Les caisses primaires d'assurance maladie assurent le paiement en réglant les transporteurs en cas de tiers-payant ou en remboursant le patient lorsque ce dernier a effectué l'avance de frais.

³¹⁴ L'agrégat des dépenses de transports de patients usuellement présenté par la caisse nationale de l'assurance maladie atteint 6,45 Md€ en 2024 car il inclut les dépenses relevant du transport urgent préhospitalier, effectué en ambulance pour 0,65 Md€.

³¹⁵ On parle de transports en série lorsque le nombre de transports prescrits au titre d'un même traitement est au moins égal à quatre au cours d'une période de deux mois et que chaque transport est effectué vers un lieu distant de plus de 50 km.

Le niveau de prise en charge de la dépense de transport de patients imputée sur l'enveloppe des soins de ville est élevé (94 %). Ce taux de remboursement s'explique par le fait que les patients en ALD, intégralement remboursés, concentrent 90 % des dépenses de transport sanitaire, contre 67 % pour les dépenses de santé³¹⁶. Le ticket modérateur acquitté par les assurés est ainsi de moins de 0,4 Md€ en 2024, dont un peu plus de 0,2 Md€ leur sont remboursés par les organismes complémentaires. La France fait partie des pays européens où le poids de la dépense de transport de patient, en pourcentage de PIB, est le plus fort, et le niveau de financement public de cette dépense le plus élevé.

Graphique n° 20 : dépense de transport de patients (y compris secours d'urgence) en % de PIB, en 2021



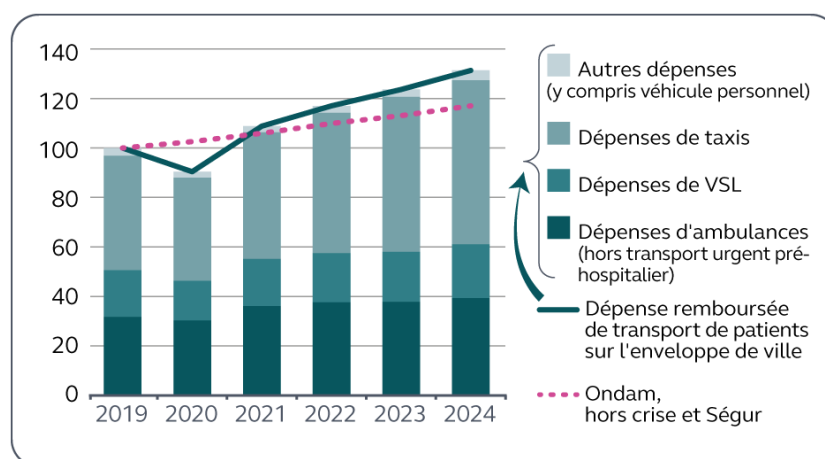
Source : Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), rapport Charges et produits pour 2025, sur la base de données OCDE

2 - Une croissance supérieure à celle de l'ONDAM, tirée par les dépenses de taxis et par la croissance des volumes

Malgré une baisse au début de la crise covid, la dépense remboursée de transport de patients relevant des soins de ville a augmenté à un rythme très supérieur à celui de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), hors crise sanitaire et mesures pérennes du Ségur de la santé (31 % contre 17 % respectivement entre 2019 et 2024). Cette croissance est principalement le fait des taxis.

³¹⁶ Assurance maladie, *Rapport charges et produits pour 2026*, juillet 2025.

**Graphique n° 21 : évolution de la dépense de transport
de patients de ville et de l'ONDAM (en base 100)**



Source : CNAM pour les dépenses de transport et annexe 5 du PLFSS 2026 pour l'ONDAM

Selon la CNAM, la croissance de la dépense est majoritairement tirée par les volumes, notamment pour les taxis³¹⁷. Un ralentissement de cette dynamique serait observé en fin de période, avec une croissance en volume de 1,9 % en 2025, contre 3 % en moyenne annuelle sur la période 2014-2024³¹⁸.

B - Une dépense concentrée sur les patients en affection longue durée, qui présente des disparités territoriales

La dépense de transport est largement imputable à certaines catégories de patients et de prescripteurs. Pour autant, la variabilité de la dépense par habitant selon les départements révèle que d'autres facteurs, en termes d'offre comme de demande, influent sur son niveau.

³¹⁷ Pour déterminer l'évolution de la dépense en volume, la CNAM calcule un indice de prix spécifique au transport de patients et en déduit, sans les distinguer, les effets volume (kilométrage, nombre de courses) et de structure (longueur des trajets, répartition entre modes de transport).

³¹⁸ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), *comptes de la santé 2024*.

1 - Une dépense concentrée sur quelques pathologies et majoritairement induite par des prescriptions à l'hôpital

Le recours aux transports sanitaires est concentré : seuls 9 % des assurés ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins en 2023 y ont eu recours. Parmi les patients ayant occasionné des frais de transports en soins de ville en 2023, 10 % portaient plus de 60 % de la dépense et 1 % plus de 20 %. Quatre pathologies, qui nécessitent des soins itératifs, concentraient deux tiers de la dépense : cancers (19 %), insuffisance rénale (16 %), pathologies cardio-vasculaires (15 %) et maladies psychiatriques (13 %)³¹⁹.

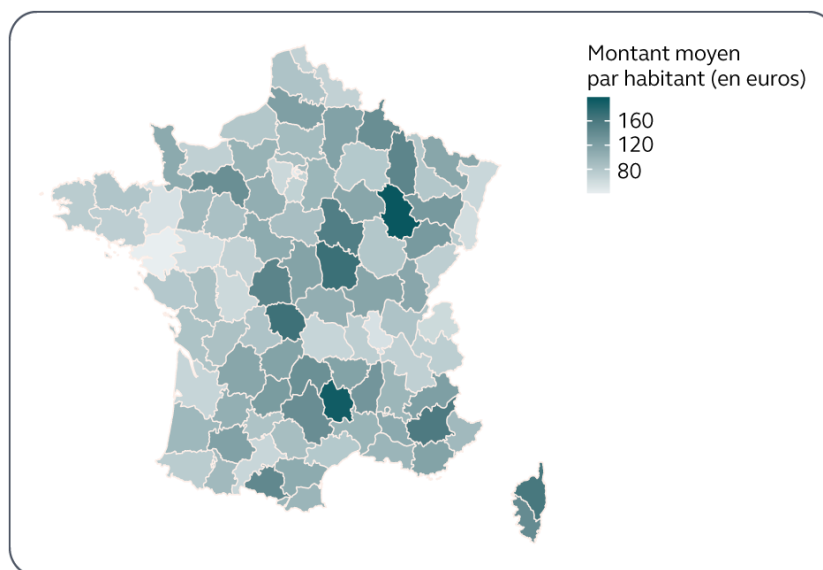
Les prescripteurs de ces dépenses sont, pour les deux tiers, des hôpitaux et, pour le tiers restant, des médecins de ville, surtout généralistes. Sur les 5,8 Md€ de dépenses de transport imputées sur les soins de ville, les hôpitaux en prescrivent ainsi 3,7 Md€, sans en assurer la charge. Comparativement, le financement spécifique que ces établissements reçoivent de l'assurance-maladie pour les transports inter-hospitaliers qu'ils assument sur leur propre budget, peut être estimé entre 0,3 et 0,4 Md€ (cf. *infra*).

2 - D'importantes disparités territoriales

La dépense de transport remboursée par habitant est d'autant plus élevée que le territoire est plus rural et la population plus âgée. Elle dépend aussi de la géographie, de la structure de l'offre locale de transport et des tarifs pratiqués. En métropole, il varie de 62 € (Pays de la Loire, Bretagne, Île-de-France et Auvergne-Rhône-Alpes) à 106 € (Provence-Alpes-Côte d'Azur et Bourgogne-Franche-Comté).

³¹⁹ CNAM, *Rapport charges et produits pour 2025*, juillet 2024.

**Carte n° 1 : dépense moyenne de transport remboursée
par habitant sur l'enveloppe de ville en 2023,
hors départements et régions d'outre-mer**



Source : Data Pathologie 2023 du système national de données en santé. Cour des comptes

C - Une dépense insuffisamment suivie et analysée

Les données d'analyse, tant financières que physiques, sont incomplètes, et peu exploitables. En outre, les études manquent pour évaluer l'impact de certains facteurs structurels sur la croissance de la demande en volume.

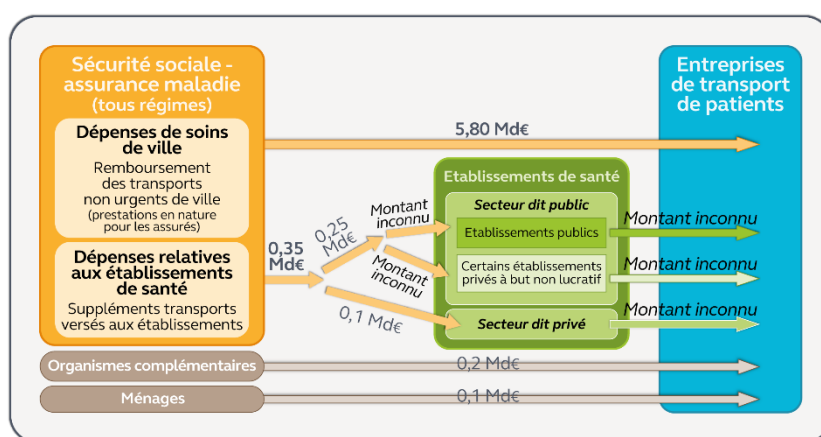
1 - Des données insuffisantes

La dépense de transport à la charge des établissements de santé est aujourd'hui mal suivie. Le coût des trajets entre hôpitaux distincts n'est pas individualisable dans les comptes, en l'absence d'une nomenclature comptable suffisamment fine. Celui des transports entre établissements d'un même hôpital, souvent effectués par une flotte de véhicules internes, n'est pas non plus quantifiable, faute de comptabilité analytique.

Les versements de l'assurance-maladie aux hôpitaux pour couvrir cette dépense ne sont pas non plus aisément retraçables. Ils prennent principalement la forme de suppléments pour chaque transport effectué,

pour un montant total de 0,35 Md€ en 2024. Toutefois, certains transports sont intégrés dans les tarifs des séjours pour des montants qui ne peuvent être isolés.

**Schéma n° 2 : financement du transport non urgent de patients
relevant des critères de prise en charge
par l'assurance maladie en 2024**



Source : CNAM pour les dépenses de l'assurance maladie ; comptes de la santé (DREES) pour les autres. Cour des comptes. En tous régimes, en date de liquidation.

Les données physiques sur les transports réalisés sont par ailleurs partielles, et ne permettent pas d'analyser les trajets de manière fine. Les plates-formes de commande dont se sont dotés certains établissements (cf. *infra*) recueillent des données physiques sur les transports à la charge des établissements, et, plus partiellement, sur les transports à la charge de l'assurance-maladie. Toutefois, ces données ne sont disponibles que sur un champ limité et elles ne sont pas exploitées au niveau national.

Les données recueillies par la CNAM dans le système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM),³²⁰ à l'occasion de la liquidation des dépenses, sont incomplètes et insuffisamment fiables pour analyser les déterminants des dépenses de transport imputées sur l'enveloppe de soins de ville. Ainsi, la CNAM n'a pas considéré les données relatives au kilométrage et au taux de transport partagé en taxis comme assez fiables pour être communiquées à la Cour³²¹.

³²⁰ Entrepôt de données pseudonymisées regroupant les informations issues des remboursements effectués par les régimes d'assurance maladie pour les soins de ville.

³²¹ L'harmonisation des conditions de prise en charge et de facturation pour les taxis, à laquelle procède la convention-cadre nationale des taxis entrée en vigueur au 1^{er} novembre 2025, devrait, à l'avenir, contribuer à fiabiliser la collecte de ces données.

La base de données transports du SNIIRAM comporte des motifs de trajet³²² mais les champs sont mal renseignés, ce qui empêche leur exploitation en vue d'une analyse des flux de transports.

2 - Des facteurs structurels de croissance mal évalués

Plusieurs facteurs structurels contribuent à la croissance en volume de la dépense de transports : le vieillissement de la population, la prévalence croissante des ALD, la montée de l'isolement et de la précarité sociale, ou encore les évolutions dans l'organisation des soins.

Plus de la moitié de la dépense remboursée concerne des assurés de plus de 65 ans. La concentration sur ces classes d'âge, plus forte que pour la dépense de santé, est liée à la prévalence des ALD, qui occasionnent des transports récurrents.

La dépense de transport ne fait pas apparaître d'écart important selon la situation socio-économique même si la dépense annuelle moyenne des 12 % d'assurés bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire reste supérieure à celle des autres assurés (107 € contre 81 € en 2023). La situation de handicap est un critère beaucoup plus significatif : la dépense des 1 % d'assurés bénéficiant de l'allocation adulte handicapé atteint 507 € en 2023, soit six fois le montant de celle des assurés qui ne la perçoivent pas.

De même, les évolutions de l'organisation des soins ont un effet haussier sur le volume des transports : spécialisation des plateaux techniques et rationalisation territoriale de l'offre de soins, développement de l'ambulatoire ou de l'hospitalisation à domicile, regroupement des médecins au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles pour faire face à la désertification médicale, raréfaction des visites à domicile. Plus rares et encore récentes sont les innovations techniques ou organisationnelles qui réduisent le besoin de transport, comme les téléconsultations.

La demande de transport est aussi tributaire de l'échelonnement des soins, qui peut être influencé par le mode de tarification, à la séance pour les soins de dialyse, de chimiothérapie et de radiothérapie. Les études manquent pour mesurer l'influence de ces facteurs sur la dépense de transports, même à une échelle locale.

³²² Supérieurs à 150 kilomètres, itératifs (pour des séances), liés à une entrée ou à une sortie d'hospitalisation.

II - Une régulation à renforcer

Les pouvoirs publics disposent de leviers d'action sur le volume et les prix des transports, en agissant sur la demande ou sur l'offre. Ces leviers, insuffisamment actionnés ou, pour certains, peu efficaces, doivent être rendus plus opérants.

A - Une demande à contenir

La maîtrise de la demande passe par une restriction des conditions de prise en charge et par le développement, à plus grande échelle, du transport partagé.

1 - Un cadre étendu de prise en charge, d'application complexe et insuffisamment respecté

Le code de la sécurité sociale³²³ définit les situations qui ouvrent droit à prise en charge du transport à raison de la nature des soins à recevoir (hospitalisation ou séances de soins pour dialyse, chimiothérapie ou radiothérapie), du mode de transport utilisé (ambulance), ou du statut administratif de la pathologie (ALD, maladie professionnelle ou accident du travail).

Le choix du mode de transport revient au médecin prescripteur, qui atteste que l'état du patient le justifie. Il s'appuie pour cela sur le référentiel de prescription établi par un arrêté du 23 décembre 2006, qui précise les conditions justifiant un transport en ambulance ou un transport assis. Par ailleurs, la prise en charge est censée se fonder sur la distance à l'établissement approprié le plus proche pour les traitements et examens. Pour les hospitalisations, la règle de l'établissement le plus proche ne s'applique que pour les transports de plus de 150 km (aller), après demande d'accord préalable.

La combinaison de ces règles complexes permet une prise en charge étendue des frais de transports, qui va au-delà de la situation constatée dans les pays comparables³²⁴. En Belgique, l'assurance maladie obligatoire ne prévoit ainsi le remboursement du transport non urgent que pour les malades atteints d'un cancer ou dialysés, soit un périmètre équivalent à un tiers de la dépense prise en charge en France.

³²³ Articles L. 322-5 et R. 322-10.

³²⁴ CNAM, *rapport charges et produits* pour 2025.

En outre, ce cadre n'est pas appliqué de manière stricte. L'assurance-maladie n'applique pas la règle de l'établissement le plus proche pour les traitements et examens quand leur distance est inférieure à 150 km. Le référentiel de prescription est peu appliqué par les médecins pour le recours à l'ambulance, mode de transport plus onéreux que les taxis et les VSL, le recours médicalement non justifié à une ambulance étant souvent motivé par l'indisponibilité d'un mode de transport alternatif, VSL ou taxi³²⁵. Le caractère préalable de la prescription médicale n'est pas toujours respecté et des pratiques de régularisation, sous la pression du patient ou du transporteur, perdurent.

Le contrôle du respect du référentiel dans les contrôles *a posteriori* de prescriptions est difficile à mettre en œuvre par le service médical des caisses. Ce contrôle est chronophage, aucune indication médicale détaillée n'étant souvent portée sur la prescription. La vérification du lien avec l'ALD suppose de rapprocher la prescription de transport et les actes de soins réalisés. Dans le cas des prescriptions hospitalières, il est difficile de remonter au prescripteur ayant émis l'avis médical : quand le numéro d'identification du médecin prescripteur est renseigné³²⁶, il peut s'agir, par défaut, de celui du chef de service. Enfin, l'appréciation de l'état du patient au moment de la prescription est sujette à interprétation lorsque s'opère le contrôle, le patient pouvant s'être rétabli entre-temps.

La maîtrise de la demande de transport nécessite de redéfinir les motifs de prise en charge des frais de transports pour en restreindre le champ, et de revoir les règles de prescription dans un sens plus opérationnel. L'hospitalisation à l'entrée et à la sortie pourrait ne plus constituer, en soi, un motif de prise en charge, indépendamment de l'état du patient³²⁷. La révision des motifs de prise en charge permettrait, en outre, de mettre fin à certaines incohérences³²⁸.

³²⁵ La part de l'ambulance dans les trajets et les dépenses varie fortement d'un département à l'autre : 6 % des trajets et 17 % des dépenses en Lozère, contre 72 % des trajets et 87 % des dépenses dans le Val-de-Marne en 2024.

³²⁶ La prescription doit mentionner le numéro de répertoire partagé du professionnel mais les données transmises par la direction régionale de la gestion du risque d'Occitanie montrent que dans deux tiers des cas, il est mal renseigné, ou omis.

³²⁷ Pour les patients en ALD, les séances de soins (dialyses, chimiothérapies et radiothérapies) sont assimilées à des hospitalisations, ce qui fait que le droit à la prise en charge n'est pas conditionné à l'état de santé, comme cela est le cas pour les autres traitements et examens.

³²⁸ La sortie des urgences d'un patient non-hospitalisé n'ouvre pas droit à un transport sanitaire même si le patient a été amené en urgence, à moins que cette sortie ne soit effectuée en ambulance, soit le mode de transport le plus coûteux.

La CNAM a engagé des réflexions en ce sens et proposera, courant 2026, des modifications du cadre réglementaire de prise en charge et de ses modalités d'application. Ces pistes pourront être examinées dans le cadre du groupe de travail « pertinence de la prescription médicale du transport », piloté par la direction de la sécurité sociale.

2 - Un développement encore limité du transport partagé

Depuis plusieurs années, le transport partagé est identifié par la CNAM comme un important levier d'action sur le volume de transport. Son développement, encore limité, appelle un changement d'échelle.

L'incitation des transporteurs à privilégier le transport partagé passe d'abord par la tarification. Pour les VSL, comme pour les taxis, un abattement est appliqué sur le tarif facturé pour chaque patient en fonction du nombre de patients regroupés. Le transport partagé est économiquement avantageux pour les transporteurs, par kilomètre parcouru ou par trajet. Un dispositif de bonus-malus a été mis en place pour les VSL par l'avenant n° 10 de la convention des transports sanitaires, signé en 2021, assorti de l'objectif, à horizon non-déterminé, de passer de 15 % à 30 % de trajets en transport partagé. Pour les taxis, un mécanisme similaire est prévu dans la convention de juillet 2025.

Parfois, l'assurance-maladie conduit des campagnes de promotion du transport partagé auprès des patients et des actions d'accompagnement des médecins prescripteurs³²⁹. L'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 a prévu, en cas de refus d'un transport partagé proposé, la suppression du tiers payant et l'application d'un taux de remboursement minoré. À ce jour, seule la suppression du tiers payant a fait l'objet d'une déclinaison réglementaire³³⁰.

La progression du taux de transport partagé est restée modérée pour les VSL, passant de 13,3 % en 2015 à 21,7 % en 2024. Pour les taxis, ce taux, non connu faute de renseignement fiable dans le système de facturation de la CNAM, est estimé à 5 %. Les économies prévues par le protocole signé avec les transporteurs sanitaires et la convention taxis, conclus en 2025, reposent, en grande partie, sur son développement³³¹.

³²⁹ Depuis 2020, le code de la sécurité sociale prévoit que la prescription précise si l'état du patient est compatible avec le transport partagé ; cette option est cochée par défaut dans les formulaires de prescription.

³³⁰ Décret n° 2025-202 du 28 février 2025 ; arrêté du 28 février 2025.

³³¹ Les cibles implicites de taux de transport partagé à horizon 2027, qui sous-tendent les trajectoires de dépense, sont de 36 % pour les VSL et de 25 % pour les taxis. Elles sont déduites de la convention-cadre des taxis et du protocole de maîtrise des dépenses conclu avec les transporteurs sanitaires en 2025.

Hors d'atteinte à organisation inchangée, elles supposent, pour être réalisées, une implication partenariale des transporteurs, des assurés et des prescripteurs.

Les soins itératifs se prêtent particulièrement au transport partagé car ils sont programmés à l'avance et fonctionnent par séances de soins, qui regroupent des patients. Une association qui offre des solutions de dialyse en dehors des centres hospitaliers, en Alsace, a créé une plate-forme proposant la création de binômes ou de trinômes en transport partagé. Une étude sur l'un de ses sites à Strasbourg indique que cette initiative a permis d'atteindre un taux de transport partagé de 42 %.

Pour développer le transport partagé, les plates-formes de commande de transport mises en place par les établissements devraient intégrer la possibilité de créer des commandes groupées aux transporteurs, ce que ne permettent pas les principaux logiciels actuellement utilisés. Le principe du libre choix du transporteur par le patient, codifié à l'article R. 6312-16 du code de la santé publique, constitue un autre frein à lever. Des réflexions en ce sens sont en cours entre le ministère chargé de la santé et la CNAM. Enfin, les règles posées par le décret du 28 février 2025 pour limiter les détours et les temps d'attente que le transport partagé occasionne pour les patients (10 km de détour et 45 minutes d'attente au maximum) mériteraient d'être assouplies : en l'état, elles créent un jeu de contraintes trop rigide pour permettre une optimisation satisfaisante des flux.

B - Un encadrement de l'offre à réformer et à unifier

L'analyse économique du secteur, présentée dans le rapport *Charges et produits* pour 2025 de la CNAM, souligne l'hétérogénéité des opérateurs en termes de taille, de modèle économique et de rentabilité. Des opérateurs spécialisés coexistent avec les taxis conventionnés, dont 20 % appartiennent à des entreprises de transport sanitaire, dites bicéphales. Le secteur est atomisé mais se concentre, avec l'émergence d'acteurs nationaux. Le cadre de régulation ne permet pas un ajustement satisfaisant de cette offre aux besoins.

Le nombre d'ambulances et de VSL est soumis à des quotas départementaux depuis 1995, sans distinction de leur nature. Ces quotas, fixés par les agences régionales de santé (ARS) en référence à un indice national populationnel, ne prennent pas en compte les facteurs spécifiques de la demande de transport sanitaire (cf. *supra*). Une marge de 10 % est supposée permettre d'ajuster l'offre sur certains territoires. Les directeurs d'ARS peuvent s'opposer à des transferts d'autorisations de mise en

service de véhicules mais ils exercent peu ce pouvoir en pratique. Ils n'ont pas les moyens juridiques de résorber les surcapacités.

En conséquence, les quotas sont dépassés dans la plupart des départements, parfois de manière significative. Les chiffres encore partiels, transmis par la direction générale de l'offre de soins à partir d'une récente enquête déclarative des ARS, montrent que dans 80 % des départements, le nombre réel d'autorisations de mise en service égalerait ou dépasserait le quota qui résulterait de l'application de la marge de 10 %, donc *a fortiori* les quotas fixés.

En outre, ce dispositif de contingentement ne s'applique pas aux taxis conventionnés. Jusqu'à la nouvelle convention, entrée en vigueur au 1^{er} novembre 2025³³², tout taxi en exercice depuis trois ans pouvait obtenir le conventionnement, valable cinq ans et reconductible sans restriction. Une disposition, introduite dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, avait prévu que les ARS fixent aussi un quota départemental de taxis conventionnés. Faute de décret d'application, cette disposition n'a jamais été mise en œuvre.

Ce contingentement asymétrique a permis un afflux de taxis sur le marché du transport de patients et a conduit les entreprises de transport sanitaire à racheter des autorisations pour contourner le contingentement des VSL et pour optimiser la rentabilité de leurs trajets, compte tenu des écarts de tarification entre VSL et taxis. Ainsi, le nombre de taxis conventionnés a crû de 11 % entre 2015 et 2024, pour atteindre 39 112, tandis que celui des ambulances a augmenté de 8 % pour 14 932, et celui des VSL de 3 % pour 14 253. Une expérimentation, permettant aux entreprises bicéphales de transformer leurs taxis en VSL, a été prolongée jusqu'en 2026.

La nouvelle convention de 2025 introduit, tardivement, une forme de contingentement des taxis conventionnés. Les directeurs de caisses primaires pourront refuser de nouvelles demandes de conventionnement au regard de la densité de l'offre et des besoins de la population. Toutefois, la convention prévoit que le maintien du conventionnement ne sera soumis qu'à une seule condition, appréciée annuellement : les taxis doivent prendre en charge à plus de 50 % des patients de leur aire d'activité, définie par la caisse. La convention ne permettra donc pas une réduction rapide des situations de surcapacité.

³³² La dernière convention-cadre nationale relative à l'établissement d'une convention-type entre les entreprises de taxi et les caisses primaires a été établie par la décision unilatérale du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) du 18 juillet 2025. Elle a été approuvée par un arrêté ministériel du 29 juillet 2025.

Les ARS ne sont pas en mesure d'objectiver, faute de méthodes et d'outils adaptés, l'inadéquation sur certains territoires entre l'offre de transports et les besoins de la population. D'importantes disparités territoriales sont relevées en termes de taux d'équipement et de distribution des trajets selon le type de véhicule (ambulance, VSL, taxis), y compris entre départements aux caractéristiques proches.

L'offre de transports spécifiques est, par ailleurs, insuffisante pour les personnes à mobilité réduite ou pour les transports bariatriques³³³, peu de véhicules étant équipés en conséquence. La publication prochaine d'un décret d'application de l'article n° 61 de la LFSS pour 2025, qui vise à accorder des conditions dérogatoires d'obtention de l'agrément de transport sanitaire aux entreprises exerçant exclusivement une activité de transport sanitaire de personnes à mobilité réduite, devrait encourager ces deux types de transport.

Au vu de ces constats, le cadre actuel de régulation doit être réformé, et unifié.

Les directeurs d'ARS devraient pouvoir disposer d'une plus grande latitude pour fixer les quotas, par types de véhicules, à partir d'une évaluation fine des besoins et avec l'aide d'une méthodologie et d'outils élaborés sous l'égide du ministère.

Dans le cadre d'un régime unifié pour les transports sanitaires non urgents et les taxis, la durée des autorisations de mise en service des véhicules sanitaires pourrait être limitée à cinq ans. Ces autorisations pourraient être rendues incessibles, comme les licences des taxis, sous réserve d'une clause dite du grand-père pour celles existantes afin de ne pas déstabiliser économiquement le secteur. Des autorisations pourraient être délivrées hors quota pour des hôpitaux souhaitant réinternaliser les transports à leur charge. Le renouvellement des autorisations de mise en service ou du conventionnement serait soumis à des conditions de taux de service des véhicules, de satisfaction des besoins locaux de transports et de qualité de service, dimensions aujourd'hui mal prises en compte.

Dans le cadre de cette réforme, un nouveau partage des compétences entre ARS et assurance-maladie pourrait s'opérer, à des fins d'efficacité et de simplification, pour viser une gestion unifiée par le même acteur des quotas et autorisations d'ambulances, VSL et taxis.

³³³ Transport de personnes en situation d'obésité, qui nécessitent des véhicules adaptés et un équipage renforcé pour assurer la manipulation des patients.

C - Des évolutions tarifaires à mieux maîtriser

Pour les dépenses de transport relevant des soins de ville, la régulation tarifaire est exercée par l'assurance-maladie à travers les négociations conventionnelles. Les résultats ont été inégaux sur la période récente. Les baisses tarifaires qui sous-tendent une partie des économies prévues par la convention-cadre des taxis et le protocole de maîtrise des dépenses de transport sanitaire, en application de l'article n° 41 de la LFSS pour 2025³³⁴, sont variables et pas toutes pérennes.

Pour les établissements de santé, les tarifs applicables aux dépenses imputées sur leur budget propre (transports intra et inter-hospitaliers) résultent du jeu de la concurrence à travers les marchés qu'ils passent avec les opérateurs locaux. Sur certains territoires, des transporteurs en situation de monopole ou de cartel ont pu dicter leurs conditions tarifaires et une régulation doit être réintroduite pour prévenir ces situations.

1 - Une revalorisation insuffisamment justifiée des tarifs des ambulances et des VSL

Pour les ambulances et les VSL, la tarification est nationale. Un tarif socle repose sur un forfait de prise en charge, auquel s'ajoute un tarif kilométrique, majoré la nuit, les fins de semaine et les jours fériés. En 2023, l'avenant n° 11 à la convention de 2003 a introduit un nouveau tarif, dit majoré, applicable aux transports réalisés par les entreprises attestant avoir équipé leurs véhicules d'un boîtier GPS et d'un logiciel de facturation intégré pouvant transmettre des flux de facturation certifiés³³⁵. Le tarif majoré a été libéralement appliqué par la CNAM à l'ensemble des flux de facturation des entreprises dites certifiées. Ce n'est qu'à partir du 1^{er} juillet 2027 que le tarif majoré sera réservé aux seuls flux de niveau de certification élevé (de 3 à 5).

Une revalorisation du tarif majoré a été accordée par la CNAM au 1^{er} janvier 2025, alors que les objectifs de maîtrise de la dépense auxquels l'avenant précité conditionnait cette revalorisation n'avaient pas été

³³⁴ Cet article disposait que, en l'absence d'accord pour réaliser, au cours des années 2025 à 2027, 300 M€ d'économies sur les dépenses de transport de patients, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie pourrait procéder à des baisses de tarifs. Ce quantum d'économies a été partagé à parts égales entre les transporteurs sanitaires et les taxis.

³³⁵ Les flux certifiés sont assortis de données de géolocalisation présentant un niveau suffisant de fiabilité qui peut varier de 1 à 5 : au niveau 3, le véhicule peut être identifié, au niveau 4, l'assuré, et au niveau 5, le conducteur. Ces deux dernières informations restent toutefois déclaratives.

atteints. Elle visait, en principe, à compenser la hausse des coûts de production, liée à l'inflation. Toutefois, la CNAM n'a pas justifié le lien économique entre son montant et la hausse des coûts subie. Parallèlement, le protocole de maîtrise des dépenses, conclu en septembre 2025 avec les transporteurs, a acté une baisse de 13 % du tarif socle pour les entreprises non certifiées afin de renforcer l'incitation à la certification.

L'introduction de ces tarifs différenciés a rendu peu lisible l'évolution sur la période récente. Pour les entreprises bénéficiant du tarif majoré, les revalorisations ont été fortes : entre 2019 et 2025, elles ont atteint, selon la distance des trajets, 12 à 15 % pour les ambulances, 19 à 23 % pour les VSL. L'effet haussier aurait dû être lissé dans le temps avec la montée en charge de la certification des entreprises³³⁶ et compensé par les économies résultant de la baisse du tarif socle pour les entreprises non encore certifiées. Toutefois, la baisse du tarif socle a accéléré le mouvement de certification : le taux d'entreprises certifiées, qui n'était que de 46 % mi-2025, s'établissait à 70 % fin 2025, et à 90 % fin février 2026.

Les transporteurs sanitaires, désormais certifiés dans leur quasi-totalité, n'auront subi aucune baisse tarifaire durable au titre du protocole de maîtrise des dépenses signé en septembre 2025. L'ajustement tarifaire à la baisse portera sur les seuls flux qui demeureront non certifiés au niveau requis (3 à 5) au-delà du 1^{er} juillet 2027, qui devraient rester résiduels.

Des économies pérennes ne pourront être atteintes que par des mesures d'efficacité plus structurelles, comme la baisse du recours à l'ambulance au profit du VSL, l'augmentation du taux de transport partagé ou le renforcement de la lutte contre la fraude. Par ailleurs, les revalorisations tarifaires devraient être davantage justifiées au regard de l'évolution des coûts des opérateurs et de leur modèle économique. Par exemple, les tarifs actuels prennent mal en compte le coût des transports bariatriques et les travaux pour définir des tarifs adaptés tardent à aboutir.

2 - Une refonte de la tarification des trajets en taxis dont l'effet prix est difficile à évaluer

Le cadre tarifaire des taxis était fixé par des conventions locales négociées par les caisses primaires³³⁷ et par des tarifs préfectoraux, révisés

³³⁶ La CNAM escomptait une augmentation progressive du taux d'entreprises certifiées (60 % en 2025, 70 % en 2026, 85 % en 2027).

³³⁷ Facturation au distancier ou au compteur, prise en compte de l'attente, forfaits pour les trajets courte distance ou dans certaines zones ou agglomérations, forfaits « accompagnement », minimum de perception etc.

annuellement. La convention nationale de 2018 a prévu leur désindexation partielle et a relevé les remises consenties, au vu de l'évolution des dépenses constatées. Cependant, les revalorisations sont restées fortes³³⁸.

Afin de mieux maîtriser la dépense, l'assurance maladie a négocié en 2024-2025, puis a imposé unilatéralement, en juillet 2025, une nouvelle convention-cadre nationale. Celle-ci a mis fin à la grande diversité des conventions locales et a harmonisé les conditions tarifaires. La structure tarifaire, désormais nationale, est fondée sur un forfait de prise en charge de 13 €, porté à 28 € dans les treize plus grandes agglomérations, incluant les quatre premiers kilomètres, et sur un tarif kilométrique, variable selon les départements, allant de 1,07 € à 1,27 €.

Cette réforme vise davantage à améliorer l'efficacité de la dépense qu'à faire des économies. Elle supprime la facturation de l'attente et incite les taxis à privilégier les trajets en charge, en réduisant la rémunération des retours à vide³³⁹. L'ajustement tarifaire opéré est variable selon les départements et les types de trajets, et donc difficile à évaluer. Les organisations professionnelles de taxis ont évoqué des baisses de chiffre d'affaires pouvant aller jusqu'à 30 %. Cela peut concerner des trajets courts en grande couronne, lorsque le forfait appliqué à Paris et sa petite couronne ne peut plus être facturé. Les cas-types présentés par la CNAM, qui n'épuisent pas la diversité des situations, tendent à montrer que les taxis seront gagnants sur de nombreux trajets.

La CNAM évalue l'économie induite par l'application de la nouvelle tarification à 41 M€ dès 2026, en raison notamment de l'arrêt de l'indexation sur les tarifs préfectoraux appliqués aux autres taxis et de la réduction des retours à vide. Les économies attendues de la mise en œuvre de la nouvelle convention-cadre, ont été chiffrées globalement, à l'aide d'un modèle de simulation, à 124 M€ à horizon 2027 par rapport à l'évolution tendancielle de la dépense³⁴⁰. Elles résulteraient des ajustements tarifaires mais aussi de la réduction de la fraude, du développement du transport partagé et de l'amélioration du taux de remplissage.

³³⁸ Dans l'Hérault, de 9 % à 13 % entre 2019 et 2024, selon la distance du trajet et la zone, pour un trajet au tarif C (aller simple, retour à vide).

³³⁹ Ils deviennent une majoration de la course de 25 % jusqu'à 50 km, de 50 % au-delà.

³⁴⁰ Ce montant est en-deçà de la cible de 150 M€ assignée aux taxis pour la réalisation des 300 M€ d'économies sur les dépenses de transport prévues par l'article 41 de la LFSS 2025.

Les effets de cette nouvelle convention-cadre sur l'offre locale de taxis conventionnés restent à apprécier à l'épreuve des faits. Un premier bilan doit être dressé au printemps 2026, pour procéder, le cas échéant, aux ajustements nécessaires.

Cette réforme ne constitue qu'une étape vers la convergence tarifaire entre les taxis et les VSL. Elle a permis de rapprocher leurs structures tarifaires mais n'en a pas encore harmonisé les paramètres. Les distorsions vont perdurer entre ces deux modes concurrents au détriment des taxis pour les courtes distances (en dehors des grandes agglomérations) et des VSL pour les longues distances³⁴¹. La convergence tarifaire, attendue de longue date³⁴², doit demeurer un objectif à atteindre dès que possible.

3 - Des tarifs à contenir pour les hôpitaux

En matière tarifaire, la réforme introduite par l'article 80 de la LFSS pour 2017 a eu des effets contrastés. Selon une récente enquête de la DGOS sur un échantillon de 32 groupements hospitaliers de territoire, les tarifs des marchés passés avec les transporteurs sont supérieurs aux tarifs conventionnels dans 30 % des cas, inférieurs dans 25 % et équivalents pour le reste. Dans les établissements interrogés par la Cour, une forte hausse des tarifs a été constatée entre la première et la seconde génération de ces marchés. Les conditions tarifaires obtenues dépendent de l'état local de la concurrence, des tensions sur l'offre, du volume d'activité offert et de la rentabilité des trajets pour les transporteurs. L'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) a dû prévoir d'importantes majorations pour les trajets de longue distance en grande couronne.

Des établissements n'ont pas reçu d'offres pour certains lots, restés infructueux. Les commandes de transport de l'AP-HP ne sont ainsi couvertes qu'à 30 % par les titulaires du marché. En conséquence, de nombreuses commandes doivent être passées hors marché, à des tarifs négociés de gré à gré avec des transporteurs en situation de monopole sur certains territoires et en mesure d'imposer leurs tarifs. Pour prévenir cette situation, il conviendrait de prévoir des mesures d'encadrement juridiques, qui permettraient l'application des tarifs conventionnels par défaut.

³⁴¹ Elles portent aussi sur l'accès aux voies réservées, le standing des véhicules, les qualifications requises, etc.

³⁴² La convention du transport sanitaire de 2003 prévoyait, dans son article 15, que les dispositions relatives aux VSL ne perdureraient que tant qu'une convention nationale encadrant l'ensemble du transport assis professionnalisé ne serait pas applicable.

III - Responsabiliser davantage les acteurs

Au-delà des actions de régulation sur la demande, sur l'offre et sur les prix, la recherche d'économies et de gains d'efficience³⁴³ pour la dépense de transports de patients requiert une plus grande responsabilisation des acteurs : hôpitaux et centres de soins, prescripteurs, assurés et transporteurs.

A - Impliquer les prescripteurs, mobiliser les hôpitaux

Les premiers acteurs à responsabiliser sont les médecins, dont les prescriptions sont à l'origine des dépenses de transport prises en charge par l'assurance-maladie, et les hôpitaux, qui jouent un rôle central comme prescripteurs, au plan opérationnel.

1 - Sensibiliser les praticiens et dématérialiser leurs prescriptions

Une campagne nationale d'accompagnement des médecins libéraux a été engagée par la CNAM en 2024, reconduite en 2025, ciblant plus de 9 000 médecins. Elle a conduit à une baisse des dépenses de transport prescrites de 12 à 20 % selon les régions³⁴⁴. La CNAM a aussi intégré le sujet des transports à sa campagne 2025 de visites annuelles, avec 380 hôpitaux ciblés. Les résultats n'ont pas encore été évalués.

La dématérialisation des prescriptions constitue, pour les dépenses de transport comme pour celles de santé, un enjeu de sécurisation et un outil de responsabilisation des prescripteurs. Elle garantit l'intangibilité de la prescription et sa traçabilité, permet de prévenir le vol et le détournement des formulaires papier, et autorise des contrôles plus efficaces.

La prescription électronique de transport est accessible pour les médecins libéraux par un service en ligne de l'assurance-maladie, *Amelipro*, qui monte en charge. Le nombre de prescriptions dématérialisées de transport est passé de 0,3 million en 2021 à 1,5 million en 2025. Toutefois, leur part dans les prescriptions médicales de transport reste

³⁴³ Les gains d'efficience se traduisent, à niveau de dépenses donné, par un service rendu supérieur en quantité (plus de patients transportés) ou en qualité (ponctualité, réduction des temps d'attente, véhicules plus adaptés, etc.).

³⁴⁴ Évaluation nationale sur un panel de 45 caisses, pour un impact estimé de 2,6 M€ dans le premier cas, évaluation sur la région Occitanie dans le second.

faible (17 % fin 2024). Le taux de factures télétransmises comprenant une prescription en ligne demeure aussi trop bas (0,1 % en 2024).

Un service de prescription électronique intégré (SPEI) à destination des hôpitaux, expérimenté depuis 2021, ne concerne que 4 établissements, comportant 17 sites. Les problèmes rencontrés d'authentification des prescripteurs tardent à trouver des solutions satisfaisantes. Par ailleurs, des établissements équipés de logiciels de plates-formes de régulation, proposant un module intégré de gestion des prescriptions, ont mis en œuvre des prescriptions dématérialisées de transport³⁴⁵ mais ils ne disposent pas de l'accès au téléservice SPEI.

Les chantiers engagés par la CNAM doivent donc être accélérés. Il en va de même pour ceux qui visent à dématérialiser les demandes d'accord préalable de transport et à créer une base nationale unique.

2 - Transférer aux hôpitaux la charge des transports de sortie d'hospitalisation et pour soins itératifs

L'article 80 de la LFSS pour 2017 a transféré aux établissements de santé la charge des transports inter-hospitaliers. Selon ces dispositions, l'établissement assurant la prescription du transport dans le cadre de la gestion du parcours du patient en assume la charge : organisation de soins, prescription des transports, contractualisation des relations avec les transporteurs, émission et attribution des commandes de transport, contrôle du service fait et de la facturation.

Cette réforme aurait dû être évaluée, six ans après son entrée en vigueur. Les établissements que la Cour a interrogés se la sont appropriée en créant des organisations et des outils adaptés, notamment de plates-formes de commande. Une extension du champ au-delà des transports inter-hospitaliers augmenterait donc peu les coûts organisationnels. Elle renforcerait le pouvoir de négociation des hôpitaux, aujourd'hui souvent trop faible (cf. *supra*).

Il serait nécessaire de définir le champ et le rythme de la poursuite du transfert aux hôpitaux de la charge des transports qu'ils prescrivent, en commençant, par exemple, par les sorties d'hospitalisation. Les soins récurrents de dialyse, de chimiothérapie ou de radiothérapie seraient particulièrement adaptés mais la DGOS préfère prioriser la réforme en cours de leur financement, qui substitue une tarification sur les épisodes ou

³⁴⁵ Ces logiciels produisent des codes-barres pour chaque prescription, ce qui est plus sécurisé qu'une simple numérisation des prescriptions papier.

les séquences de soins à la tarification à l'acte. Toutefois, ces deux réformes gagneraient à être menées de concert, l'organisation des transports étant intimement liée à celle des soins³⁴⁶.

Quels que soient le périmètre et le phasage retenus, la poursuite du transfert aux hôpitaux du financement des transports qu'ils prescrivent devra être préparée et accompagnée afin de prévenir les difficultés opérationnelles et les résistances qui sont apparues en 2018. En particulier, les moyens de la compensation de cette nouvelle charge devront faire l'objet d'une concertation en amont. Dans une première phase, seuls pourraient être concernés les établissements publics et privés volontaires ou ceux présentant les prérequis nécessaires, notamment la gestion des commandes de transport par une plate-forme.

Les établissements pourraient être davantage responsabilisés sur les dépenses de transport qui ne leur seraient pas transférées. Le volet transport de la dernière génération (2022-2026) des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) a donné des résultats décevants. Dans un bilan d'étape produit par le ministère et la CNAM en septembre 2025, l'économie cumulée sur les dépenses de transport prescrites à l'hôpital est estimée à seulement 160 M€ entre 2022 et 2024. Plusieurs limites de ces contrats ont été soulignées : ils ne concernent que 347 établissements sur environ 3 000 en 2024, ciblés pour leur niveau élevé de dépenses de transports ; un seul indicateur national a été défini³⁴⁷ ; l'intéressement sur les économies réalisées est jugé trop faible et peu mobilisateur.

La LFSS pour 2026 a introduit deux nouveaux dispositifs destinés à remplacer les CAQES au 1^{er} janvier 2027 : un intéressement financier avec possibilité de pénalisation et un mécanisme de mise sous objectif des établissements, qui pourra s'appliquer aux prescriptions de transports. Leurs modalités d'application restent à préciser.

3 - Mieux organiser les transports en s'appuyant sur le développement des plates-formes

Le fonctionnement des transports de patients est essentiel au bon déroulement des parcours de soins et à l'efficacité hospitalière, la fluidité des sorties affectant la disponibilité des lits. L'optimisation du processus

³⁴⁶ Dans son rapport *Charges et produits pour 2026*, la CNAM recommande le transfert de la charge des transports pour soins de dialyse dès 2027, en lien avec la réforme de la tarification des soins.

³⁴⁷ Part des montants remboursés prescrits pour transport par ambulance par rapport à ceux pour transport en ambulance et assis (VSL et taxi) par l'établissement, financés sur l'enveloppe de ville.

suppose une démarche partenariale entre établissements et transporteurs pour améliorer le service rendu aux patients et la rentabilité des transporteurs, en limitant leur temps d'attente.

L'équipement des établissements hospitaliers en logiciels de régulation des commandes de transport, couramment dénommés plates-formes, constitue un facteur déterminant de cette optimisation en centralisant la gestion des commandes. La réforme de l'article 80 a incité les établissements à se doter de tels outils mais leur déploiement reste partiel. Selon une enquête de la CNAM, 6 des 32 centres hospitaliers universitaires n'en étaient pas encore dotés en 2025. Sur 110 établissements accompagnés par l'agence nationale d'appui à la performance, 48 % n'en disposaient pas. Un quart recourait à des plates-formes gérées par des transporteurs, avec un risque de dépendance vis-à-vis d'acteurs dominants.

Jusqu'à présent, le déploiement des plates-formes s'est fait en ordre dispersé, à l'échelle des établissements, en réponse à leurs besoins opérationnels, sans pilotage ni suivi par les administrations centrales. Il est nécessaire de normer les logiciels utilisés, notamment pour garantir l'interopérabilité des plates-formes. Un projet de référentiel national, porté par le ministère et par la CNAM, vise à fixer les prérequis indispensables auxquels toute plate-forme devrait répondre.

Concernant l'échelon territorial de déploiement approprié, le niveau des groupements hospitaliers de territoires, peu mis en œuvre, présenterait un intérêt en termes de mutualisation. Les flux seraient aussi mieux optimisés si les établissements privés étaient inclus. En Nouvelle-Aquitaine, l'ARS, les CPAM et une association de transporteurs ont développé une solution logicielle proposée aux établissements. Les modalités juridiques et les résultats de ce projet mériteraient d'être évalués.

Dans son rapport *Charges et produits pour 2026*, la CNAM a émis l'idée de déployer d'ici 2027 une plate-forme nationale, complémentaire de celles des établissements. Elle gèrerait tous les transports liés à des soins de ville et, pour partie, entre la ville et l'hôpital. Une feuille de route esquisse ce projet sous la forme d'une plate-forme centralisant la demande des assurés et celle issue des plates-formes hospitalières, en l'appariant à l'offre des transporteurs. Son déploiement pourrait soulever des questions juridiques relatives à la qualification de mission de service public, au respect du droit de la concurrence et de l'autonomie des hôpitaux, qui devront être expertisées.

B - Responsabiliser financièrement les assurés

Les assurés contribuent à leurs dépenses de transport sanitaire par une franchise calculée par trajet, portée de 2 à 4 € en 2024. Le montant journalier est plafonné, pour un montant également relevé de 4 à 8 € en 2024³⁴⁸. Enfin, un plafond annuel de 50 € inclut d'autres dépenses. Dans la LFSS pour 2026, le gouvernement a renoncé à doubler de nouveau le montant de la franchise par trajet de 4 à 8 €, ainsi que le plafond annuel, de 50 à 100 €, et à instaurer un plafond spécifique pour les transports.

Par ailleurs, un ticket modérateur s'applique à la dépense remboursable. À la différence de la franchise, il est proportionnel à la dépense et peut être pris en charge par les mutuelles. Il a été porté de 35 % à 45 % en 2023³⁴⁹. Ce taux élevé n'a qu'un effet limité de responsabilisation des assurés en raison des nombreux cas d'exonération prévus par la réglementation, notamment pour les assurés en ALD, et de la concentration de la dépense sur ces populations (cf. *supra*).

L'étendue de l'exonération totale de ticket modérateur mériterait d'être réexaminée. Un rapport des inspections générales des finances et des affaires sociales³⁵⁰ a proposé de différencier la prise en charge selon la sévérité de la pathologie, la prise en charge à 100 % devant être réservée aux seuls transports pour des soins en lien avec une ALD sévère. La responsabilisation financière sur les dépenses de transports reste, cependant, délicate à appliquer. Elle peut conduire à des restes à charge excessifs pour les assurés concernés et à des renoncements aux soins.

D'autres mesures pourraient viser un objectif plus pédagogique : isoler les dépenses de transport au sein du relevé des dépenses remboursées adressé aux assurés pour leur faire prendre conscience de leur coût pour la collectivité, ou mener des actions de sensibilisation ciblées auprès des assurés les plus consommateurs de transports. Les efforts de l'assurance-maladie pour inciter les assurés à recourir aux transports en commun ou à un véhicule personnel, avec la mise en place d'un site³⁵¹ visant à faciliter les démarches de remboursement, sont également à intensifier. Le tarif kilométrique remboursé en cas d'usage d'un véhicule personnel, aujourd'hui trop peu incitatif, pourrait être revalorisé³⁵².

³⁴⁸ Décret n° 2024-114 du 16 février 2024.

³⁴⁹ Décision du 18 juillet 2023 du directeur de l'UNCAM.

³⁵⁰ IGF-IGAS, *Revue de dépenses relative aux affections de longue durée - Pour un dispositif plus efficient et équitable*, juin 2024.

³⁵¹ *Mes remboursements simplifiés*, <https://www.mrs.beta.gouv.fr/>

³⁵² Il est de 0,3 €/km (avec un taux de prise en charge de 55 %, dans le cas général) alors que le barème fiscal pour un véhicule de 6 CV est de 0,665 €/km.

C - Fiabiliser le système de facturation des transports pour réduire les erreurs et les fraudes

La responsabilisation des transporteurs doit aussi porter sur la facturation de leurs prestations, en visant à réduire les irrégularités et les fraudes. La chaîne de la dépense reste, à ce jour, insuffisamment sécurisée.

1 - Un niveau de risque élevé, attesté par les contrôles

L'assurance-maladie déploie des actions de contrôle *a posteriori* des dépenses de transport dans le cadre du contrôle de la facturation des prestations en nature, du contrôle interne³⁵³ ou des actions de lutte contre la fraude³⁵⁴, dans des programmes nationaux ou à l'initiative de caisses locales. Leurs résultats attestent d'un niveau de risque toujours important.

L'incidence financière des erreurs de facturation est évaluée à partir du taux d'anomalies résiduel post-paiement après contrôle des prestations en nature, à partir d'un échantillon de dossiers liquidés. Pris ensemble, les transporteurs sanitaires et les taxis représentaient 16 % du montant des anomalies en 2024 pour un coût total estimé de 640 M€. Celles-ci sont supérieures, en proportion, à celles des autres professions de santé. Les principales anomalies portent sur le nombre de kilomètres facturés et sur les véhicules utilisés.

En 2018, la CNAM a estimé à 180 M€ le coût de la fraude imputable aux transporteurs sanitaires. Elle procèdera à une estimation actualisée en 2026. Les fraudes peuvent porter sur le véhicule et l'équipage utilisés, le nombre de kilomètres effectué y compris quand l'entreprise dispose d'un boîtier de géolocalisation, la facturation de transports non réalisés, la facturation abusive de plusieurs trajets simples au lieu de trajets partagés. Le préjudice subi ou évité pour les fraudes détectées s'élevait à 42 M€ en 2024, soit le quatrième motif en montant³⁵⁵.

³⁵³ Un contrôle obligatoire porte sur le respect de l'exigence de demande d'accord préalable pour les transports de plus de 150 km. Les taxis en sont exemptés en raison du manque de fiabilité des données kilométriques dans le système de facturation.

³⁵⁴ Contrôle des transporteurs ou des professionnels de santé aux montants de remboursement atypiques.

³⁵⁵ Les trois premiers motifs sont la complémentaire santé solidaire, les facturations des infirmiers libéraux et celles des masseurs-kinésithérapeutes.

Les contrôles doivent être renforcés et mieux coordonnés avec les autres acteurs (ARS, URSSAF). Ils sont toutefois chronophages, car ils supposent la reconstitution des journées des transporteurs et le recueil de témoignages des assurés. La priorité doit être de mieux fiabiliser le processus de facturation.

2 - Un processus de facturation encore insuffisamment sécurisé

Depuis 2012, la CNAM s'efforce de généraliser l'usage par les transporteurs du système électronique de facturation intégrée (SEFI) et d'un dispositif de géolocalisation assorti, afin d'accroître le niveau de fiabilité des facturations transmises et de prévenir les fraudes. Pour les transporteurs sanitaires, l'avenant n° 10 à leur convention, signé en 2021, a rendu obligatoire le recours à ce téléservice. Toutefois, le non-respect de cette obligation n'est pas sanctionné et en 2024, 30 % des facturations télétransmises n'étaient toujours pas à la norme SEFI.

Dans l'avenant n°11, signé en 2023, la CNAM a incité les entreprises à télétransmettre des flux de facturation certifiés, assortis de données de géolocalisation, avec l'introduction du tarif majoré. Le résultat attendu devrait être atteint, tardivement, avec la baisse du tarif socle pour les entreprises non certifiées en octobre 2025 et l'application du tarif majoré aux seuls flux de facturation présentant un niveau de certification de 3 à 5, à compter du 1^{er} juillet 2027.

La sécurisation de la facturation des taxis est encore moins avancée. En 2025, les taxis facturaient encore, dans leur grande majorité, selon une norme de télétransmission dite B2³⁵⁶, qui ne permettait pas un contrôle efficace du montant facturé dans le logiciel de liquidation des caisses. Dans la nouvelle convention taxis de 2025, la CNAM a rendu obligatoire en 2027 la facturation sous SEFI et l'équipement des taxis en dispositifs de géolocalisation alimentant le logiciel de facturation, sous peine de déconventionnement. Elle a opté pour une approche plus contraignante pour les taxis que pour les transporteurs sanitaires, afin d'obtenir des résultats rapides. Le calendrier affiché apparaît ambitieux.

La loi relative à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales, votée définitivement par l'Assemblée nationale et le Sénat le 11 mai 2026, prévoit l'obligation pour les entreprises de transport sanitaire et de taxis d'équiper leurs véhicules d'un dispositif de géolocalisation certifié par la

³⁵⁶ Au regard des données recueillies : date et horaires de la course, lieu de départ et d'arrivée, distance réellement parcourue, numéro du véhicule.

CNAM et d'un système électronique de facturation intégré³⁵⁷. Elle étend l'obligation d'utiliser un tel dispositif aux transporteurs sanitaires, au-delà des incitations tarifaires qui leur sont appliquées, et leur donne valeur législative.

Il serait utile, pour les transporteurs sanitaires, d'assortir cette obligation d'une sanction, comme pour les taxis : la CNAM estime que, dans le cas contraire, 10 à 15 % des entreprises continueront à télétransmettre des flux de facturation non certifiés au niveau requis. Pour une meilleure sécurisation, la certification du dispositif de géolocalisation par la CNAM devrait aussi pouvoir porter sur le boîtier GPS et pas seulement sur le logiciel récupérant les données de géolocalisation.

³⁵⁷ Cela rendra obsolète l'utilisation d'un distancier conventionnel par certaines CPAM pour le contrôle des distances parcourues, source de surfacturations et de litiges avec les transporteurs.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La dynamique de la dépense remboursée de transport de patients est restée forte, ces dernières années. Pour la freiner, sans dégrader le service rendu aux patients ni leur accès aux soins, des ajustements tarifaires ont été réalisés et des mesures structurelles ont été engagées, comme le développement du recours au transport partagé ou la sécurisation de la facturation. Ces actions, qui ont concerné d'abord les transporteurs sanitaires et, plus récemment, les taxis, sont toutefois d'application trop lente. La responsabilisation des autres acteurs, médecins prescripteurs, établissements hospitaliers et patients, reste insuffisante.

Compte tenu de l'enjeu financier de plus de 6 Md€ que représente cette dépense pour l'assurance maladie, la Cour propose d'engager des mesures plus ambitieuses et de portée plus large dans la régulation de l'activité et la responsabilisation des acteurs. L'objectif doit être de dégager, à court et moyen terme, des économies plus élevées que la cible de 300 M€ que le législateur a fixée à horizon 2027 à l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 et qui a été déclinée, fin 2025, dans les accords et conventions avec les professionnels.

La Cour formule les recommandations suivantes au ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées et à la caisse nationale de l'assurance maladie, à mettre en œuvre d'ici 2027 :

- 16. réformer le cadre réglementaire de prise en charge des transports de patients (motifs de prise en charge, étendue des cas d'exonération du ticket modérateur, règles de prescription) ;*
 - 17. réformer et unifier le dispositif d'encadrement de l'offre de transport non urgent (quotas de véhicules, autorisations de mise en service et conventionnement) ;*
 - 18. programmer le transfert aux établissements hospitaliers de la charge des transports liés aux sorties d'hospitalisation et aux soins itératifs ;*
 - 19. mettre en place un pilotage national et une stratégie concernant le déploiement des plates-formes de commande des transports ;*
 - 20. supprimer le libre choix du transporteur par le patient, dans les cas où le transport est organisé par l'établissement de soins.*
-

Chapitre VIII

**Les hospitalisations inadéquates :
des parcours de soins à réorganiser,
des économies importantes à mobiliser**

PRÉSENTATION

La recherche d'une meilleure organisation du parcours des patients est une condition du retour à l'équilibre des finances sociales. Elle constitue aussi un enjeu de santé publique : chaque journée non nécessaire d'hospitalisation représente un risque de perte d'autonomie, de désocialisation, voire d'infection nosocomiale.

Les hospitalisations peuvent être définies comme inadéquates dans deux circonstances : les admissions à l'hôpital qui auraient pu être évitées si le patient avait été pris en charge en soins de ville et les séjours anormalement longs au regard des durées de référence. Dans tous les cas, elles sont la conséquence d'un défaut d'organisation du système de soins. Le champ de l'analyse de la Cour couvre les séjours courts en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), les soins médicaux et de réadaptation (SMR) et la psychiatrie, dans les établissements de santé publics et privés.

Le nombre de patients concernés peut être estimé à près de 30 000 en moyenne quotidienne. Le coût de ces hospitalisations inadéquates est de 4,2 Md€ en 2024, dont 3,2 Md€ pour les séjours anormalement longs et 1 Md€ pour les admissions évitables.

Une meilleure maîtrise des hospitalisations inadéquates suppose, en interne, de renforcer la performance des établissements de santé. Elle doit conduire aussi, au plan territorial, à améliorer l'organisation des parcours de soin, en amont et en aval de l'hospitalisation, par une meilleure implication de la médecine de ville et des établissements sociaux et médico-sociaux.

Les hospitalisations inadéquates sont un phénomène ancien, lié notamment à la précarité et à l'âge, que les données permettent désormais de mieux connaître (I). Leur diminution constitue un impératif de qualité et de bonne gestion, et appelle un changement d'échelle (II).

Données et chiffres clés

Types de prise en charge hospitalière :

- les soins de court séjour traitent des pathologies aiguës et sont dispensés dans des services de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO), avec des plateaux techniques spécialisés pour des diagnostics et interventions rapides (blocs opératoires, imagerie, biologie) ;
- l'hospitalisation à domicile (HAD) apporte des soins médicaux et paramédicaux complexes à domicile, pour une surveillance ou des traitements habituellement dispensés à l'hôpital, mais qui peuvent être assurés à domicile ;
- les soins médicaux de réadaptation (SMR) sont destinés aux personnes ayant besoin de rétablir leurs capacités physique, fonctionnelle ou psychologique après une maladie, une intervention ou un accident, afin de favoriser leur autonomie et de limiter leurs séquelles ;
- la psychiatrie regroupe les dispositifs consacrés à la prise en charge des troubles psychiques, avec de l'hospitalisation à plein temps et à temps partiel, ainsi qu'un suivi par des équipes pluridisciplinaires ; elle va du court séjour aux soins de longue durée.
- les unités de soins de longue durée (USLD) ne sont pas examinées dans ce chapitre.

Chiffres clés 2024 :

- 30 000 patients en séjours anormalement longs, chaque jour, toutes disciplines confondues ;
- jusqu'à 15 % de séjours anormalement longs en SMR, 25 % en psychiatrie ;
- 279 000 admissions évitables en court séjour ;
- un enjeu d'économies pour le système de santé estimé à 3,2 Md€ pour les séjours anormalement longs et à 1 Md€ pour les admissions évitables (chiffre 2023) ;
- des séjours de plus de 30 jours en court séjour quatre fois plus nombreux en présence d'un facteur socio-économique défavorable (précarité).

I - Un potentiel d'amélioration des parcours et d'économies important

Phénomène ancien, partiellement documenté, les hospitalisations inadéquates ont des causes multiples identifiées. Elles représentent une charge élevée pour le système de santé, au-delà de son financement.

A - Des lits bloqués et des marges de manœuvre variables selon les motifs d'hospitalisation

Les hospitalisations inadéquates font l'objet d'un suivi dans l'ensemble du secteur hospitalier selon les motifs d'admission en court séjour, en soins médicaux de réadaptation (SMR) et en psychiatrie. Les trajectoires d'évolution sont variables.

1 - En court séjour, une mise sous tension financière ancienne de la durée des hospitalisations

En court séjour, la mise en œuvre de la tarification à l'activité³⁵⁸ depuis vingt ans a encouragé les établissements de santé à réduire la durée des hospitalisations. Hors jour de sortie, celle-ci était de 5,5 jours en 2024 alors qu'elle dépassait 10 jours au début des années 1980. Deux indicateurs permettent de mieux cerner le poids de ces hospitalisations inadéquates.

Le premier indicateur est relatif au nombre d'hospitalisations potentiellement évitables, rapporté au nombre total d'hospitalisations. Défini de manière standardisée au plan international, il est publié annuellement par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Il porte sur six pathologies chroniques³⁵⁹ afin d'« identifier les territoires pour lesquels la coordination ville-hôpital pourrait être améliorée »³⁶⁰. De 2019 à 2024, et sans qu'un effet covid puisse être isolé, le ratio a baissé de 5,9 % à 5,2 %. En 2024, cela représente près de

³⁵⁸ Mode de financement des établissements de santé publics et privés dans lequel l'allocation de leurs ressources est fondée sur la nature et le volume de leurs activités.

³⁵⁹ Ces six pathologies sont l'asthme (> 18 ans), l'insuffisance cardiaque (> 40 ans), la bronchopneumopathie chronique obstructive (>18 ans), la déshydratation (> 65 ans), les complications du diabète à court terme (> 40 ans) et l'angine de poitrine sans infarctus du myocarde avec entrée par les urgences (> 40 ans).

³⁶⁰ DGOS et ATIH, *Les hospitalisations potentiellement évitables*, guide méthodologique de calcul de l'indicateur et présentation des principaux résultats, dernière mise à jour du 8 août 2025.

279 000 séjours, dont plus de la moitié pour insuffisance cardiaque. Dans une comparaison internationale OCDE pour cette pathologie en 2019, la France se situait au 29^{ème} rang sur 36 pays³⁶¹.

Le taux est dépendant de l'âge, atteignant 16 ‰ pour les plus de 65 ans et 25 ‰ pour les plus de 75 ans, souvent en lien avec une affection de longue durée. Il présente de fortes variations territoriales, avec un taux - standardisé selon l'âge et le sexe - de 7,5 ‰ en Haute-Marne et de 3,6 ‰ en Côte-d'Or. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques des ministères sociaux (DREES) a montré que la catégorie socio-professionnelle et la qualité du suivi médical jouent un rôle important³⁶² : le risque est ainsi cinq fois et demie plus élevé pour les personnes n'ayant pas consulté leur médecin traitant au cours de l'année passée. Ces hospitalisations sont prises en charge à 80 % par les hôpitaux publics.

Le second indicateur est le taux de séjours anormalement longs. Il est calculé par l'ATIH en se fondant sur la tarification spécifique qui s'applique à ces séjours³⁶³. Il était de 1,1 % en 2024 mais peut dépasser 50 % dans certains hôpitaux de proximité dont l'activité ne correspond plus que partiellement à du court séjour. Les séjours concernés relèvent essentiellement de la médecine. En 2024, cela représentait 2,7 millions de journées pour 230 000 séjours, soit l'équivalent de 7 400 patients en moyenne quotidienne, hors séjours avec les sévérités les plus importantes³⁶⁴.

Des disparités importantes sont constatées selon les régions³⁶⁵ et les catégories d'établissements de santé : le ratio est trois fois plus élevé dans les hôpitaux publics que dans les cliniques privées, la typologie des activités autorisées et des patients accueillis étant différente. Les écarts liés à l'âge sont aussi significatifs, avec un taux de 3,2 % pour les plus de 90 ans. Une dernière variable est relative au mode d'entrée du patient : le taux est de 7,5 % en cas de transfert d'un autre établissement contre 0,9 % en cas de venue du domicile.

³⁶¹ OCDE, *Panorama de la santé 2023 : les indicateurs de l'OCDE*.

³⁶² DREES, *Les hospitalisations potentiellement évitables touchent davantage les ouvriers et les agriculteurs*, Études et résultats n° 1262, avril 2023.

³⁶³ La plupart des séjours hospitaliers sont affectés de bornes basse et haute, signalant des durées anormalement courtes ou longues par rapport à un groupe homogène de malades. Le franchissement de la borne haute produit une tarification forfaitaire complémentaire, inférieure au surcoût financier pour les établissements d'un séjour prolongé.

³⁶⁴ La sévérité de niveau 4 correspond aux situations les plus graves et instables médicalement, ce qui fragilise la maîtrise des durées de séjour.

³⁶⁵ Le taux est plus élevé en Guyane, en Bretagne et en Centre-Val de Loire.

2 - Les soins médicaux de réadaptation, un insuffisant recours aux structures alternatives

Contrairement au court séjour, le nombre de journées d'hospitalisation en SMR n'a toujours pas retrouvé son niveau d'avant la crise sanitaire. Le modèle de financement a été récemment réformé, avec une place accrue de l'activité dans la tarification, ce qui devrait accentuer la vigilance quant à la durée de séjour.

Une étude de l'agence régionale de santé (ARS) Bretagne a mis en évidence, dans cette région, un ratio de journées inadéquates de 14 %³⁶⁶. Une étude de l'ARS Pays de la Loire fait état d'un taux similaire de 14,9 %³⁶⁷.

Selon la définition actuelle des séjours longs en SMR, leur durée est supérieure à 90 jours, quelle que soit la typologie de prise en charge. La Cour a retenu une méthode plus fine, fondée sur des groupes cohérents³⁶⁸. Elle a ainsi identifié 3,9 millions de journées inadéquates en 2024, soit 10 800 patients hospitalisés en moyenne quotidienne qui pourraient bénéficier d'une autre orientation, telle qu'une admission dans une structure médico-sociale ou un accompagnement à domicile.

3 - En psychiatrie : la problématique persistante des patients au long cours

À la différence des autres disciplines médicales, la psychiatrie ne comporte pas de distinction juridique et financière, donc statistique, entre court séjour, soins médicaux de réadaptation et soins de longue durée.

L'ATIH a mis en place un indicateur standardisé de mesure des hospitalisations de plus de 90 jours, excluant les soins sans consentement, lesquels ont représenté 75 200 patients en 2024 sur 400 500 hospitalisés à

³⁶⁶ Coupe transversale un jour donné et analyse de la nécessité de soins médicaux de réadaptation justifiant le maintien en SMR. Source : ARS Bretagne, *Enquête sur la pertinence des journées d'hospitalisation en MCO et en SMR, en Bretagne – Restitution des résultats*, 25 septembre 2025.

³⁶⁷ ARS Pays-de-la-Loire, *Les impacts du vieillissement de la population sur le système de santé en Loire-Atlantique*, 16 septembre 2024.

³⁶⁸ Pour les états végétatifs chroniques et pauci-relationnels, la durée moyenne de séjour (DMS) est de 350 jours. Pour les lésions médullaires avec tétraplégie, 99 jours. Les coronaropathies (21 jours) et diabètes (24 jours) ont des DMS bien inférieures. La Cour a considéré que les journées sont considérées comme inadéquates quand elles dépassent 2,5 fois la durée moyenne pour le groupe considéré, selon une méthode analogue à celle du court séjour.

plein temps. En 2023, pour les 421 établissements recensés, le taux observé s'écartait significativement du taux théorique attendu³⁶⁹ dans 30 % des cas, révélant un nombre élevé de séjours inadéquats. Ces écarts concernent davantage le secteur privé lucratif. La situation est variable selon les établissements et les territoires³⁷⁰, avec des durées de séjour pouvant dépasser plusieurs années. La Cour avait calculé que les hospitalisations de plus de 272 jours, continues ou non, représentaient près d'un tiers des journées d'hospitalisation complète pour les adultes de 18 à 65 ans, soit presque autant que les journées pour les hospitalisations de moins de 90 jours³⁷¹.

Une étude sur un jour donné, portant sur 13 établissements de santé mentale des quatre départements bretons en 2024³⁷², indique qu'un quart des patients, présentant principalement des diagnostics de schizophrénie ou des troubles associés, ne nécessitaient plus d'hospitalisation à temps plein. Une étude similaire de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté en 2023³⁷³ fait état d'une immobilisation de 14 % des lits d'hospitalisation complète par des patients relevant d'une prise en charge différente. Ce pourcentage est encore plus élevé dans les unités psychiatriques en charge de la réhabilitation psycho-sociale après la phase aiguë des soins : un établissement sollicité par la Cour compte ainsi 43 % d'hospitalisations inadéquates, contre moins de 5 % dans son unité de court séjour.

Au plan national et hors soins sans consentement, 4,2 millions de journées dépassent 90 jours³⁷⁴, soit 11 479 patients en moyenne quotidienne qui pourraient bénéficier d'une meilleure orientation.

³⁶⁹ Ce taux est calculé en fonction des caractéristiques de la patientèle accueillie.

³⁷⁰ Les départements du Cher, de l'Allier et du Loir-et-Cher ont des taux élevés. Source : Système d'information interrégional en santé (Sirsé).

³⁷¹ Cour des comptes, *Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie*, rapport public thématique, février 2021.

³⁷² Étude menée par l'association des médecins chargés de l'information médicale en psychiatrie à la demande des responsables d'établissement. Source : *Étude régionale de prévalence des patients non-hospitalo-requérants en établissement psychiatrique public de Bretagne*. Présentation par le Dr Guérineau de Lamerie, président de l'ADIMPSY Breizh, 21 mars 2025.

³⁷³ ARS Bourgogne-Franche-Comté, *La sortie vers le médico-social des patients hospitalisés en psychiatrie au long cours – Diagnostic et plan d'action en région Bourgogne-Franche-Comté*, juin 2025.

³⁷⁴ La grande diversité des retentissements d'une même pathologie en psychiatrie ne permet pas d'appliquer la méthode du court séjour et du SMR (2,5 fois la DMS).

4 - Un potentiel d'économies important

Fluidifier la gestion du parcours de soins est nécessaire pour la santé des patients et pour le bon emploi des compétences des soignants, qui consacrent beaucoup de temps à la recherche de solutions de sortie. Elle est aussi économiquement nécessaire en raison du coût pour les finances publiques de l'occupation d'un lit ou d'une place d'hospitalisation.

Pour les séjours anormalement longs, le nombre de journées inadéquates est évalué dans le tableau ci-après à 10,8 millions, dont 2,7 millions pour le court séjour, 3,9 millions pour le SMR et 4,2 millions pour la psychiatrie. Le coût brut associé pour les finances sociales peut être estimé à 5,6 Md€.

Un coût net peut être estimé en déduisant l'effort financier à déployer pour mettre en place des alternatives, moins onéreuses, à ces hospitalisations. Il peut s'agir d'une hospitalisation à domicile, d'un hébergement social ou médico-social, d'un suivi ambulatoire régulier pour les patients en psychiatrie³⁷⁵. Ce coût net, qui représente l'économie réalisable, peut être estimé à 3,2 Md€.

Tableau n° 26 : coût des séjours anormalement longs en 2024

	Nombre de journées inadéquates	Coût moyen journalier ³⁷⁶ (€)	Coût brut (M€)	Coût net après alternatives (M€)
<i>Court Séjour (MCO)</i>	2 714 867	765	2 076	746
<i>SMR</i>	3 943 798	373	1 471	1 012
<i>Psychiatrie</i>	4 190 074	501	2 099	1413
Total	10 848 739	NS	5 646	3 171

Source : Cour des comptes, à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information des hôpitaux (PMSI), de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)

³⁷⁵ Hors montants éventuellement pris en charge par l'assuré, le coût moyen journalier d'une hospitalisation à domicile est de 263 €, celui d'un hébergement dans le secteur médico-social du handicap de 276 €, celui dans un foyer d'hébergement ou de vie de 141 €, celui dans un EHPAD de 72 € et celui dans un centre d'hébergement et de réadaptation sociale de 44 €.

³⁷⁶ Coût calculé pour les établissements de santé publics et privés non lucratifs, incluant la rémunération des médecins.

Pour réaliser ces économies potentielles, un travail important de développement de filières alternatives et une réorganisation de l'offre hospitalière et extrahospitalière seraient nécessaires. Ces transformations requerraient une composition différente des équipes soignantes ou socio-éducatives, avec une proportion plus forte de temps médical, d'infirmiers, de sages-femmes et de psychologues cliniciens. Elle est plus délicate à réaliser dans certains territoires³⁷⁷, compte tenu de la démographie médicale et paramédicale. Enfin, certaines alternatives pour les patients en psychiatrie, comme les foyers d'hébergement, relèvent des compétences et des finances des départements, ce qui nécessiterait une programmation territoriale associant le département et l'ARS.

Pour les hospitalisations potentiellement évitables, la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) évalue le surcoût à 980 M€ par an. Elle se fixe une cible de réduction de 30 % de ce montant, soit 300 M€, sur quatre ans.

B - Des causes multiples, accentuées par le vieillissement de la population

Nombreuses et variables selon les établissements, les causes des hospitalisations inadéquates risquent d'être amplifiées par la part croissante des personnes âgées dans la population. Une partie des hospitalisations inadéquates, notamment de celles potentiellement évitables, pourrait être réduite par une meilleure prévention³⁷⁸, qui occupe une place trop faible dans l'organisation du système de santé.

1 - Des causes anciennes et récurrentes

Quatre facteurs principaux expliquent les hospitalisations inadéquates : l'attente de solutions d'aval, les difficultés rencontrées pour les patients précaires, l'incidence des hospitalisations non programmées et le recours encore trop limité à l'ambulatoire.

³⁷⁷ Par exemple, l'Indre et le Cher ont des proportions élevées de séjours longs en soins aigus et manquent de médecins libéraux. Cour des comptes, *Les aides à l'installation des médecins libéraux*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, novembre 2025.

³⁷⁸ Cour des comptes, *Prévention et prise en charge précoce du diabète*, rapport public thématique, juillet 2025 ; Cour des comptes, *Prévention et prise en charge des accidents vasculaires cérébraux*, rapport public thématique, octobre 2025.

La recherche d'un lit ou d'une place dans une structure médico-sociale ou sociale concerne des patients dont l'état de santé permettrait la sortie mais qui continuent d'occuper des lits dans l'attente d'une solution adaptée. Elle touche en particulier les personnes âgées et celles souffrant de troubles cognitifs ou psychiques, et parfois d'une stigmatisation sociale liée à leurs troubles³⁷⁹.

Les études réalisées par les ARS Bretagne et Pays de la Loire, comme l'enquête quantitative menée par la Cour, confirment l'importance de ce phénomène, qui tient à la césure persistante entre les secteurs sanitaire et médico-social. La réduction des durées de séjour en court séjour a rendu la performance des hôpitaux plus tributaire de la fluidité de l'aval. Une difficulté similaire existe avec le secteur social. Ainsi, les maternités d'Île-de-France sont exposées de manière récurrente à des lits bloqués par de jeunes mères restant hospitalisées sans justification médicale, mais qui ne disposent pas d'un logement décent.

Une deuxième explication tient à la précarité et à l'isolement social des patients. L'étude des codes facteurs socio-économiques (FSE)³⁸⁰ de la tarification hospitalière permet de les mettre en évidence. En présence d'un code FSE, le pourcentage de séjours de plus de 30 jours (hors séances) passe de 1,6 % à 4,9 % en médecine et de 1,2 % à 5,5 % en chirurgie.

Le cumul d'un code FSE et d'une attente de placement concerne plus de 80 % des hospitalisations longues en médecine et 50 % en chirurgie. En effet, les patients précaires rencontrent des difficultés administratives particulières qui retardent leur sortie : attente d'une mesure de protection juridique, d'une notification de la maison départementale des personnes handicapées, d'une admission à l'aide sociale à l'hébergement, etc. De même, pour les patients socialement isolés, une étude de l'ATIH d'avril 2024³⁸¹ montre que leur durée de séjour était toujours supérieure, quel que soit leur âge, et orientée à la hausse sur la période 2014-2022. Enfin, la problématique de l'inadaptation du logement à la perte d'autonomie, liée au grand âge ou au handicap, est un facteur explicatif récurrent d'une durée accrue de séjour.

³⁷⁹ N. Dubré-Chirat, S. Saint-Pasteur, *Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur les défaillances des politiques publiques de prise en charge de la santé mentale et du handicap, et les coûts de ces défaillances pour la société*, Assemblée nationale, décembre 2025.

³⁸⁰ Le code FSE ne mesure pas au sens strict la précarité mais évalue le contexte du patient ayant un impact sur sa prise en charge en hospitalisation. Il compte une dizaine de variables telles que la faiblesse du revenu, l'absence de couverture-maladie ou l'insalubrité du logement.

³⁸¹ ATIH, *Étude sur les profils des patients sortant de soins médicaux et de réadaptation et entrant dans un établissement médico-social pour personnes âgées*, avril 2024.

Un troisième facteur est lié à l'incidence de l'activité non programmée, résultant notamment du passage par les urgences, sur le fonctionnement des structures hospitalières. Ces difficultés sont plus marquées dans les territoires qui souffrent de carences de l'offre de soins de premier recours. Or, l'admission du patient par les urgences présente un risque accru de séjours longs car le non-programmé ne permet pas d'anticiper sa sortie. C'est particulièrement vrai pour les personnes âgées³⁸², difficulté bien identifiée par le ministère chargé de la santé³⁸³.

Le dernier facteur est lié au trop faible rythme de diffusion de l'ambulatoire³⁸⁴ en France. En chirurgie, son recours continue de progresser, atteignant 64,5 % des hospitalisations en 2024 alors qu'il était inférieur à 50 % dix ans auparavant. Néanmoins, selon la CNAM, 1,28 million d'interventions demeurent transférables, ce qui permettrait d'atteindre le taux cible de 83,2 % si les meilleures pratiques ambulatoires étaient appliquées.

Le virage ambulatoire est plus récent en médecine et il n'a pas bénéficié d'actions de promotion d'ampleur comparable. De 2019 à 2024, le nombre de ces séjours a augmenté de 60 %³⁸⁵ mais un fort potentiel de développement demeure. Outre la réduction des durées de séjour, l'ambulatoire permet, par des prises en charge anticipées, d'éviter des hospitalisations en urgence pour des patients à l'état complexe, souvent âgés.

2 - Une pression démographique croissante sur le système de santé

Le volume de journées inadéquates en court séjour augmente nettement avec l'âge. Les plus de 50 ans (41 % de la population française) représentent 82 % des journées pour les séjours anormalement longs³⁸⁶.

³⁸² Près de 50 % des personnes âgées de plus de 75 ans ont été hospitalisées après un passage aux urgences, avec une durée de 6,5 jours, contre 14 % pour les patients de moins de 75 ans, avec une durée de 3,5 jours. Cour des comptes, La réduction du nombre de lits à l'hôpital, entre stratégie et contraintes, *rapport annuel sur l'application des lois de la sécurité sociale 2025*, chapitre V.

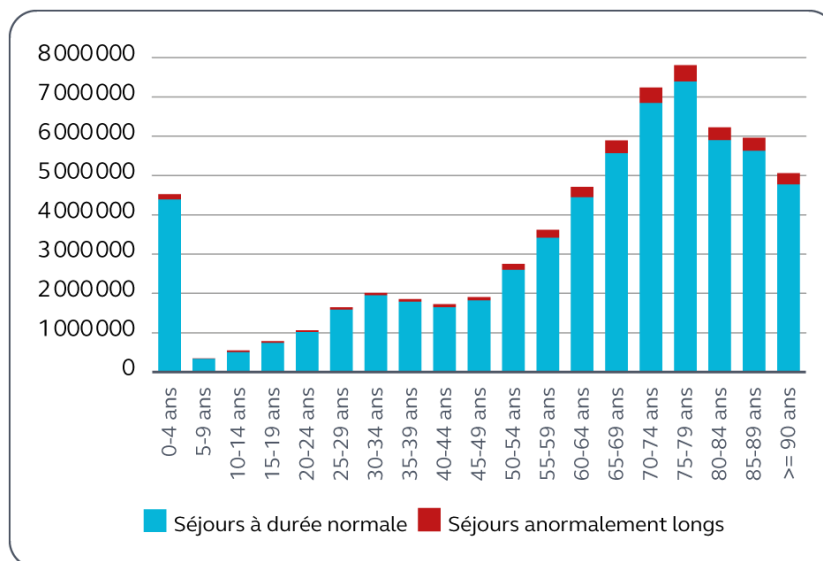
³⁸³ Le pacte de refondation des urgences a mis en place une incitation financière aux admissions directes non programmées des patients âgés de 75 ans et plus.

³⁸⁴ Hospitalisation dans la journée, sans mobilisation d'un lit.

³⁸⁵ Une nouvelle tarification a été introduite, issue de l'instruction du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires.

³⁸⁶ ANAP, *Tableau de bord et d'analyse des journées potentiellement inadéquates*, novembre 2024.

Graphique n° 22 : nombre de journées d'hospitalisation complète en court séjour en deçà et au-delà de la borne définissant les séjours anormalement longs, par tranche d'âge en 2024



Notes de lecture : pour la tranche d'âge des 75-79 ans, on compte 412 000 journées de séjours anormalement longs, en rouge, sur 7,8 millions de journées. La diminution du nombre de journées après 80 ans est liée à l'incidence des décès.

Source : Cour des comptes, à partir des données collectées par le ministère chargé de la santé intégrées dans l'outil Diamant

Les caractéristiques principales de ces patients sont, outre l'âge avancé, l'isolement social, la polymédication, un haut niveau de dépendance et l'existence de troubles cognitifs et fonctionnels. En SMR, l'effet de l'âge est moins marqué, du fait notamment d'accidents ou de situations de handicap qui peuvent intervenir chez les jeunes, voire les très jeunes³⁸⁷.

L'admission par les urgences est unanimement reconnue comme délétère pour les personnes âgées, à éviter chaque fois que possible car génératrice plus souvent de séjours longs³⁸⁸. La durée de passage aux urgences en Loire-Atlantique en 2023 est en moyenne de 4 heures pour les 18-74 ans et de 7 heures 15 pour les 75 ans et plus. Elle atteint 9 heures 45

³⁸⁷ Le taux de journées potentiellement inadéquates - au-delà de 90 jours - pour les enfants de moins de trois ans atteint 17 % des journées.

³⁸⁸ Cour des comptes, *La réduction du nombre de lits à l'hôpital, entre stratégie et contraintes*, op. cit.

en cas d'hospitalisation (7 heures 45 en 2021)³⁸⁹. Dans cette étude, l'ARS Pays de Loire constate en 2023 que 55 lits de médecine et 202 lits de SMR sont occupés en permanence par des patients de plus de 75 ans en état médical de sortir. Or, toute prolongation inutile d'une hospitalisation d'une personne âgée augmente de 30 % le risque de perte d'autonomie³⁹⁰. Elle augmente aussi la probabilité d'une infection nosocomiale³⁹¹.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), qui rencontrent des difficultés financières et de recrutement de personnels qualifiés, refusent, pour 61 % d'entre eux, des admissions de publics fragiles³⁹². Cela peut concerner des personnes âgées à l'issue de leur hospitalisation. Par ailleurs, 5 100 résidents d'EHPAD ont été hospitalisés en moyenne chaque jour en 2024 (5 800 en 2019)³⁹³. Des modes d'organisation permettent d'observer un moindre recours aux urgences pour les résidents des EHPAD, tels que l'existence d'une astreinte d'infirmiers de nuit (- 6,6 % dans les EHPAD qui la partagent) ou la présence d'un médecin coordinateur (- 2,7 %)³⁹⁴.

Depuis la canicule de 2003, les filières de soins gériatriques ont été développées³⁹⁵ et de nombreuses initiatives ont visé à anticiper la perte d'autonomie, limiter les passages aux urgences des personnes âgées et fluidifier les parcours intra et extra-hospitaliers (cf. *infra*). Selon la statistique annuelle des établissements de santé, le nombre de lits installés de court séjour gériatrique a progressé de 13 % entre 2014 et 2024, et celui des SMR pour personnes âgées de 21 %.

Toutefois, en raison du vieillissement parallèle de la population, le taux d'équipement en lits de médecine gériatrique rapporté à la population âgée de plus de 75 ans a fléchi de 0,195 % en 2015 à 0,175 % en 2024. Si l'effort de transformation gériatrique de l'offre hospitalière n'est pas amplifié, ce taux va chuter à 0,144 % en 2030, puis à 0,132 % en 2035. Par ailleurs, la structuration de la filière ne respecte pas le référentiel de trois

³⁸⁹ ARS Pays de la Loire, *Les impacts du vieillissement de la population sur le système de santé en Loire-Atlantique - État des lieux et mise en perspective*, septembre 2024.

³⁹⁰ C. Loyd et alii, "Prevalence of hospital-associated disability in older adults: meta-analysis", *Journal of American medical directors association*, avril 2020.

³⁹¹ Inserm, *Infections nosocomiales – ces microbes qu'on « attrape » à l'hôpital*, juillet 2024.

³⁹² DREES, *Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées*, 2023.

³⁹³ Infocentre Diamant, absences pour hospitalisation des résidents en EHPAD.

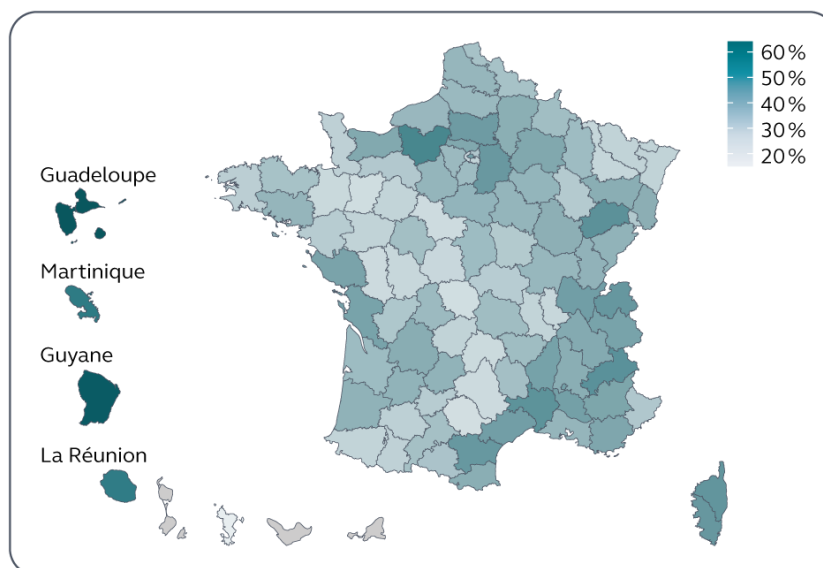
³⁹⁴ Cour des comptes, à partir des données 2023 du système national de données de santé.

³⁹⁵ Circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

lits de SMR gériatrique pour un lit de court séjour gériatrique, requis pour un fonctionnement hospitalier fluide³⁹⁶.

Le vieillissement de la population va exercer une pression de plus en plus forte sur l'offre de soins, comme sur la protection sociale³⁹⁷. Le risque d'augmentation des journées inadéquates est important à court terme car la population de 75 à 85 ans va progresser de 49 % entre 2020 et 2030³⁹⁸, encore plus outre-mer.

Carte n° 2 : évolution de la part des 75 ans et plus entre 2025 et 2035, par département



Source : Cour des comptes, à partir des données du modèle de projection démographique Omphale de l'INSEE

Une circulaire du 28 mars 2007 a mis en place des filières de soins gériatriques par territoires pour adapter les parcours de soins des patients âgés en prenant en compte leurs fragilités et le caractère évolutif de leurs besoins de santé. Son actualisation est nécessaire pour limiter le risque de progression des hospitalisations inadéquates, en tenant compte des fortes disparités d'équipement entre les territoires. Le taux d'équipement en lits

³⁹⁶ Référentiel issu du rapport *Un programme pour la gériatrie*, C. Jeandel, P. Pfitzenmeier, P. Vigouroux, avril 2006.

³⁹⁷ Cour des comptes, *Démographie et finances publiques*, rapport public thématique, décembre 2025.

³⁹⁸ Matières grises, *Décennie 2020-2030, l'explosion des 75-85 ans*, septembre 2020.

de médecine gériatrique en proportion des habitants de plus de 75 ans varie ainsi de 1 à 4,6 entre la Guadeloupe et les Hauts-de-France³⁹⁹.

II - Réduire les hospitalisations inadéquates : un changement d'échelle nécessaire

Les multiples actions engagées dans les territoires pour réduire les hospitalisations inadéquates doivent être amplifiées par des initiatives nationales. Celles-ci ne peuvent être mobilisées que progressivement dans le cadre d'un plan pluriannuel fixant des objectifs de réorganisation territoriale de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale et, sur cette base, les transferts de financements publics qui en découlent.

A - Un enjeu d'organisation interne des établissements de santé

La diminution des hospitalisations inadéquates relève d'abord de la compétence et de la responsabilité des établissements de santé.

1 - Des initiatives nombreuses

L'organisation du séjour du patient en amont de l'admission a des bénéfices démontrés. Les objectifs sont de programmer les examens nécessaires, de préparer le patient aux interventions, et de prévoir les difficultés qui pourraient conduire à différer sa sortie. Certains établissements anticipent les transferts en SMR avant le début du séjour. Par exemple, un centre hospitalier finance une permanence de trois infirmières libérales pour améliorer les admissions et réduire les durées de séjours.

La programmation de l'hospitalisation est également facilitée par l'utilisation de lignes d'appel directes des médecins spécialistes de l'établissement par les médecins de ville.

De nombreux établissements ont mis en place des cellules de gestion des lits, destinées à fluidifier le parcours des patients en leur sein, et des commissions de gestion des cas complexes, qui se concentrent sur les

³⁹⁹ DREES, *Les établissements de santé en 2023*, juillet 2025.

patients dits « bloqueurs de lits »⁴⁰⁰. Des outils informatiques facilitent la connaissance des disponibilités en lits et en places au sein de l'établissement. Une organisation spécifique du service social existe dans près de la moitié des établissements de santé sollicités.

Un hôpital universitaire sollicité par la Cour a créé une unité spécifique de 30 lits destinée à l'accueil des patients en état médical de pouvoir sortir et occupant des lits de médecine. En matière d'organisation, l'accent est mis sur l'expertise dans la gestion des situations complexes, avec un temps social renforcé.

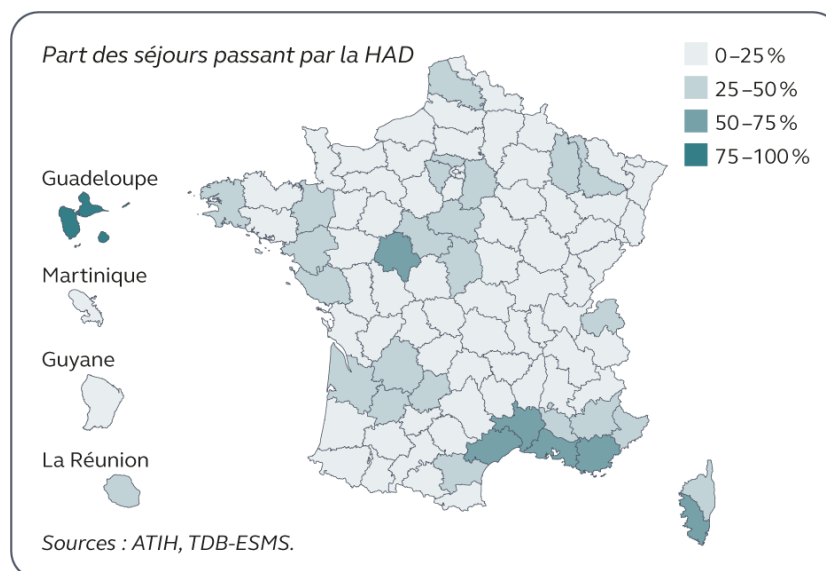
En vue de réduire les admissions évitables, mais aussi le nombre de séjours trop longs, l'hospitalisation à domicile (HAD) pourrait être plus largement mobilisée. Selon l'ARS Normandie, plus de 118 000 journées d'hospitalisation, soit plus de 14 % d'entre elles, sont transférables à domicile dans cette région. L'étude révèle également que ce recours varie beaucoup d'un établissement à l'autre, indépendamment de son statut public ou privé.

Le recours à l'hospitalisation à domicile pourrait aussi être plus important pour les résidents d'EHPAD. En moyenne, 25 % des journées d'hospitalisation des résidents sont déjà réalisées en HAD, au sein même des EHPAD. Les écarts entre départements⁴⁰¹ montrent que des progrès importants sont possibles sur la plus grande partie du territoire. La faiblesse du taux dans plusieurs départements ruraux (Aisne, Cantal, Creuse, Indre, Lozère) appelle une réflexion spécifique sur l'organisation de l'hospitalisation à domicile dans les EHPAD de ces territoires.

⁴⁰⁰ Patients lourdement dépendants du fait de leur âge, d'une grande précarité ou de leurs pathologies. Le chapitre du RALFSS 2024 précité relatif à la réduction des lits mentionnait que ces patients « *représentaient plus de 7 % des lits aux hospices civils de Lyon et près de 5 % des lits à l'assistance publique des hôpitaux de Marseille en 2021.* »

⁴⁰¹ La proportion est de 88 % en Guadeloupe, de 57 % dans le Gard et en Indre-et-Loire contre moins de 1 % en Ariège ou dans le Cantal.

Carte n° 3 : part des hospitalisations à temps plein réalisées à domicile pour les résidents d'EHPAD en 2023 (en %)



Source : Cour des comptes à partir des données de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour les journées d'absence pour hospitalisation dans les EHPAD, avec l'outil Diamant, programme de médicalisation des systèmes d'information pour les journées d'HAD des résidents d'EHPAD

Lorsque l'état du patient ne nécessite plus une hospitalisation mais que ses conditions de vie, en particulier l'éloignement ou l'inadaptation de son domicile, ne permettent pas d'y assurer la prise en charge, des solutions temporaires ont été développées.

Des dispositifs d'hébergement temporaire non médicalisés ont été mis en place en amont ou en aval du séjour hospitalier lorsque l'état de santé du patient ne nécessite pas une surveillance continue. En 2024, 18 000 patients ont été hébergés dans 147 hôtels hospitaliers, en complément de leur hospitalisation. Un peu plus de 100 000 nuitées ont été réalisées, pour un coût de 9,2 M€ pour l'assurance-maladie. Une pérennisation de ce dispositif est attendue en 2026, dont une étude confirme le potentiel important⁴⁰².

⁴⁰² Bader, Al Taweel, Bethoux, Navarro, *Étude de l'impact médico-économique des « parcours avec HTNM » sur les dépenses variables d'hospitalisation des établissements de santé*, Fédération des spécialités médicales, août 2025.

Les ARS accompagnent financièrement un dispositif voisin d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation, pour transférer dans des EHPAD des personnes âgées qui ne peuvent revenir directement à leur domicile, pour un montant global de 24 M€ (2022-2025).

De nombreux établissements ont mis en place des équipes mobiles de soins, notamment en gériatrie, qui interviennent en leur sein et auprès d'autres structures. Une autre voie d'action est le développement de partenariats avec des structures d'hospitalisation à domicile ou d'aide à domicile. Par exemple, un hôpital universitaire finance une équipe de huit aides à domicile qui prend en charge, sous 24 heures, le retour à domicile d'environ 60 patients par mois afin d'accélérer les sorties.

2 - Un soutien méthodologique

Dans leurs démarches de réduction des hospitalisations inadéquates, les établissements de santé peuvent s'appuyer sur les travaux de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et de la CNAM.

L'ATIH produit de nombreuses données qui permettent d'éclairer les choix de gestion en matière d'hospitalisations inadéquates. Un indice de performance, IP-DMS⁴⁰³, permet notamment aux établissements de santé de comparer leurs durées de séjour à la moyenne nationale, en tenant compte des caractéristiques de leur activité.

L'ANAP a réalisé une revue de l'utilisation des pratiques de gestion des lits qui montre que les cellules de gestion de lits, lorsqu'elles sont mises en place, se limitent souvent à la gestion de l'aval des services d'urgence. Le lien avec l'activité programmée ou avec la durée prévisionnelle des séjours est insuffisant. L'ANAP a également publié des travaux promouvant l'HAD par la mise en place d'infirmiers de liaison dans les services d'urgence pour mieux organiser les sorties ou encore la généralisation de la présence d'infirmiers de nuit partagés en EHPAD. Elle a aussi élaboré un outil d'autodiagnostic des séjours de plus de 90 jours en psychiatrie⁴⁰⁴.

⁴⁰³ Indice de performance des durées moyennes de séjour, calculées pour des situations médicalement analogues.

⁴⁰⁴ Dans sa collaboration aux travaux de la Cour pour ce rapport, l'ANAP a élaboré un tableau de bord pour l'analyse des hospitalisations potentiellement inadéquates en court séjour et en soins médicaux de réadaptation.

Enfin, dans le cadre de la gestion du risque, la CNAM a mis en place un programme d'accompagnement des établissements de santé à la réduction des hospitalisations potentiellement évitables, déployé par les caisses primaires.

B - Une animation régionale et territoriale à renforcer

Les soins médicaux de réadaptation, comme le secteur médico-social, devraient pouvoir répondre aux besoins de soins et d'accompagnement des patients post-hospitalisation mais les délais d'admission peuvent y être importants⁴⁰⁵. Le secteur social revêt également une grande importance pour résoudre les problèmes d'hébergement des patients précaires. Enfin, une coordination partenariale et territoriale diversifiée est encore plus nécessaire pour le traitement et l'hébergement des personnes souffrant de troubles psychiques, ce qui a conduit à une planification spécifique de projets territoriaux de santé mentale.

Les principales coopérations qui ont émergé sont fondées sur la communauté de statut juridique des établissements de santé, mais elles sont insuffisantes. Les ARS exercent un rôle de régulation des relations entre les structures mais aussi de mobilisation, voire d'innovation, qui pourrait être amplifié. Certains domaines d'activité représentent des enjeux majeurs de réduction des séjours longs et pourraient être priorités.

1 - La coopération entre établissements de statut juridique identique, une première étape logique mais insuffisante

La Cour a souligné à plusieurs reprises l'insuffisante intégration des groupements hospitaliers de territoire (GHT)⁴⁰⁶, qui rassemblent les établissements publics de santé. Beaucoup n'ont pas encore mis en œuvre d'applications informatiques unifiées d'ordonnancement des lits pour optimiser la gestion des capacités d'hospitalisation des différents sites. Les établissements sollicités dans l'enquête ont souligné le faible rôle des GHT dans la fluidification des parcours.

Les communautés de responsables d'établissements de santé, constituées par statut juridique semblable, représentent un premier cercle de confiance pour des coopérations inter-établissements favorisant les

⁴⁰⁵ N. Dubré-Chirat, S. Saint-Pasteur, op. cité.

⁴⁰⁶ Cour des comptes, *Les groupements hospitaliers de territoire*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, octobre 2020, « Réorganiser le maillage de l'offre de soins hospitaliers », *rapport public annuel*, mars 2026.

transferts de patients. Leur réussite au quotidien repose sur des connaissances partagées et des services réciproques entre médecins et cadres de santé. Une étude menée sur la région Nouvelle-Aquitaine a montré la forte prévalence de la coopération par affinité statutaire.

Tableau n° 27 : la coopération par affinité statutaire entre courts séjours en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et soins médicaux et de réadaptation (SMR), en % (données 2016)

		SMR		
		Public	Privé non-lucratif	Privé
MCO	Public	58%	19%	23%
	Privé non-lucratif	7%	57%	35%
	Privé	20%	27%	53%

Note de lecture : les patients hospitalisés en MCO dans le privé vont, pour 53 % d'entre eux, dans des SMR privés, 20 % dans des établissements publics et 27 % privés non-lucratifs.

Source : N Staelen, Filières MCO-SSR et GHT : quelle redistribution des cartes ?, Revue Territoire et Santé, novembre 2016. Les SSR ont été renommés SMR en 2022.

Si elle est compréhensible, cette préférence statutaire rencontre des limites car la structure de l'offre en SMR, en HAD et dans le médico-social est différente selon les statuts. Le SMR se répartit en trois tiers entre public, privé non lucratif et privé commercial. L'HAD est majoritairement privée non lucrative. Le médico-social hors EHPAD, l'aide à domicile et le secteur de l'exclusion sociale sont portés à plus de 95 % par le secteur privé non lucratif, à 70 % pour les services de soins infirmiers à domicile. Le secteur des EHPAD se répartit pour moitié dans le secteur public, et pour l'autre dans les deux autres composantes privées.

La diminution des séjours longs évitables requiert d'équilibrer l'effet de préférence statutaire par une solidarité territoriale plus structurée, régulée par les ARS, avec le concours des préfets et des départements pour l'implication du secteur social et de l'urgence sociale.

2 - Un engagement important des ARS dans la régulation, la mobilisation et l'innovation organisationnelles

La quasi-totalité des établissements sollicités dans l'enquête menée par la Cour indique que les actions portant sur les hospitalisations inadéquates ont été demandées ou sont accompagnées par les ARS, parfois par les CPAM. Les ARS ont développé des tableaux de bord permettant un suivi comparatif des hospitalisations potentiellement évitables et des séjours anormalement longs dans les établissements de santé. Un partage de leurs bonnes pratiques est donc accessible et il pourrait permettre de construire une synthèse nationale hebdomadaire⁴⁰⁷.

Les dispositifs d'appui à la coordination⁴⁰⁸, qui maillent désormais le territoire, font l'objet d'une appréciation majoritairement positive : ils permettent de réduire le passage aux urgences des personnes âgées et leur durée de séjour hospitalier⁴⁰⁹. Le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)⁴¹⁰, de l'exercice coordonné⁴¹¹ et des outils numériques, concourt à la limitation des hospitalisations inadéquates.

Les ARS mettent en avant la mobilisation accrue de l'HAD et de dispositifs à orientation gériatrique (astreinte gériatrique territoriale, équipes mobiles, infirmiers de nuit mutualisés en EHPAD). Le programme ICOPE (*integrated care for older people*), développé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et engagé initialement en France en Occitanie, a été déployé dans plusieurs régions, en dépit du délai pris dans les textes d'application de la loi qui l'a généralisé⁴¹². Les ARS déploient enfin des expérimentations qui concourent à la prévention des hospitalisations évitables⁴¹³.

⁴⁰⁷ Au Québec, un tableau de bord automatisé est utilisé pour le pilotage des capacités hospitalières et le suivi continu des séjours anormalement longs. Lien : [Santé Québec](#)

⁴⁰⁸ Dispositifs d'appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, qui visent à organiser les prises en charge pour les parcours de soins complexes.

⁴⁰⁹ *Public Health Expertise & ARS Bourgogne-Franche-Comté, Évaluation médico-économique de l'apport des dispositifs d'appui à la coordination*, février 2025.

⁴¹⁰ Regroupement des professionnels de santé d'un même territoire autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes comme l'amélioration de la prise en charge des soins non programmés. Les CPTS suivent notamment un indicateur de passage aux urgences non suivi d'hospitalisation et un indicateur de recours aux urgences sans consultation en ville dans les 48 heures précédentes.

⁴¹¹ Regroupement de professionnels de santé dans des maisons de santé pluridisciplinaires ou des centres de santé pour répondre aux besoins d'une patientèle.

⁴¹² Loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie. Décret n° 2026-191 du 18 mars 2026 relatif au programme de dépistage précoce et de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.

⁴¹³ Prescriptions inappropriées, prévention de l'ostéoporose et des chutes, insuffisance et télé-réadaptation cardiaques, suivi à domicile des patients sous anticancéreux oraux, etc.

La réalisation de diagnostics sur les séjours longs avec des études un jour donné est également une forme de mobilisation efficace des ARS pour des diagnostics partagés avec les fédérations hospitalières. Des ARS ont ainsi conduit des études sur les séjours longs en psychiatrie, l'amélioration du recours à l'HAD, le bon usage des lits de SMR neurologique et locomoteur, ou l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des chutes.

3 - Prioriser les initiatives de réorganisation territoriale

Les séjours longs évitables se concentrent sur un nombre limité de disciplines : gériatrie, cardio-vasculaire, pneumologie, neurologie et psychiatrie.

Pour la prise en charge des patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux, des coopérations ont été mises en œuvre entre hôpital public, structure privée commerciale de SMR et structure privée non lucrative d'HAD ou de gériatrie. Leur exemple doit être systématisé⁴¹⁴. Quant à l'association par les ARS des CPTS dans la construction territoriale de parcours intégrés, elle présente l'intérêt d'impliquer la médecine de ville, mais aussi de tempérer la concurrence entre structures hospitalières publiques et privées.

Les ARS ont soutenu des innovations organisationnelles pour mieux réguler les urgences, ce qui réduit les séjours longs. Un hôpital a mis en place une équipe mobile gériatrique régulée, mobilisée après appel du 15. Dans la Sarthe, un partenariat du SAMU avec l'union régionale des professionnels de santé (infirmiers libéraux) a permis le maintien à domicile pour 76 % de leurs interventions. À Nancy, un dispositif d'accompagnement des usagers multiples des urgences a été mis en place, qui inspire d'autres régions.

Les départements et les préfets peuvent contribuer à la résolution des tensions liées au blocage de lits par des patients précaires. Des réorganisations pourraient être décidées par avenant aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins⁴¹⁵, établis pour une action concertée face aux situations de précarité et d'exclusion.

⁴¹⁴ Cour des comptes, *Prévention et prise en charge des accidents vasculaires cérébraux*, rapport public thématique, octobre 2025.

⁴¹⁵ Codifié au 3° de l'article L.1434-2 du code de la santé publique.

C - Des initiatives nationales à amplifier

De multiples actions ont été menées par les établissements de santé pour réduire les hospitalisations inadéquates, sous l'impulsion des ARS et du ministère de la santé. De nombreuses expérimentations ont, notamment, été conduites dans le cadre dit de l'article 51⁴¹⁶. Ces actions doivent être complétées par d'autres mesures nationales.

1 - Programmer les transformations de l'offre pour mobiliser le gisement d'économies potentielles

La CNAM s'est fixé l'objectif de réduire, en quatre ans, les hospitalisations potentielles évitables de 30 % (cf. *supra*), ce qui permettrait une économie de 300 M€. Pour y parvenir, elle entend mobiliser plusieurs leviers : intervention auprès des praticiens libéraux et des établissements de santé et médico-sociaux, détection des patients à risque et opérations d'« aller vers » les personnes éloignées du système de soins, menées par les caisses primaires.

Pour les séjours anormalement longs, un effort de réduction échelonné sur quatre ans, selon le même rythme que celui proposé par la CNAM, pourrait permettre d'atteindre 1 Md€ d'économies (30 % de 3,2 Md€, cf. *supra*). Il nécessiterait de construire des solutions alternatives territorialisées. Les ARS, les départements et les préfets devraient convenir des réorganisations à conduire et suivre leur réalisation, dans le cadre d'une programmation budgétaire de la transformation de l'offre, ajustable en fonction de son avancée et de ses résultats. Les lois de finances et de financement de la sécurité sociale pourraient en tirer les conséquences en termes de réaffectation de moyens.

2 - Disposer d'une information fiable sur la disponibilité des structures d'aval

La réorganisation des flux de patients nécessite une connaissance des lits et des places disponibles en sortie d'hospitalisation. Un outil du ministère chargé de la santé, *ViaTrajectoire*, initialement créé pour gérer

⁴¹⁶ Article de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018 qui a autorisé le financement puis l'évaluation d'expérimentations avant généralisation. Pour les hospitalisations inadéquates, on peut citer l'expérimentation de soins intensifs pour des personnes présentant des troubles invalidants, fréquemment hospitalisés en psychiatrie, ou le projet des « équipes prêtes à partir » dans le secteur des personnes âgées.

les demandes d'admission en SMR, a permis de traiter 454 000 admissions de patients issus du court séjour en 2024. Il se déploie progressivement dans les secteurs du médico-social, du handicap et du grand âge.

Son fonctionnement est jugé satisfaisant : plus de 85 % des demandes d'admission recensées dans l'outil ont reçu une suite positive dans un délai inférieur à sept jours de 2022 à 2024⁴¹⁷. Pour améliorer ce délai et favoriser les échanges entre soignants, le nombre de demandes simultanées pour un même patient, qui va parfois jusqu'à plusieurs dizaines, devrait toutefois être encadré.

Par ailleurs, le référentiel national de l'offre des ressources en santé et médico-social (ROR) collecte et diffuse les données de description de l'offre et la disponibilité en lits, dans les secteurs sanitaire et médico-social⁴¹⁸. L'agence nationale du numérique en santé en assure le pilotage opérationnel.

Toutefois, comme la Cour l'a établi⁴¹⁹, l'information en temps réel du ROR sur la disponibilité des lits n'est pas fiable et est donc peu utilisée ; seule celle des soins critiques est bien renseignée. En outre, dans certaines régions, le ROR cohabite avec d'autres outils répondant à la même finalité. Près de vingt ans après sa première mise en place et compte tenu des moyens engagés, il importe de disposer, à bref délai, d'un ROR opérationnel. Cela suppose un accompagnement des établissements par les ARS afin d'éviter des tâches de saisie par les équipes, faute d'interopérabilité des systèmes d'information hospitaliers.

3 - Sécuriser un relais rapide en médecine de ville pour les patients hospitalisés pour un séjour de forte sévérité

Pour les 145 000 séjours les plus lourds en 2024 (sévérité dite de niveau 4), 74 % des patients ont dû être hospitalisés à plusieurs reprises⁴²⁰. Pour limiter ces hospitalisations successives, une coordination renforcée est nécessaire avec la médecine de ville, notamment avec les médecins traitants. Trente jours après leur sortie, 80 % des patients de forte sévérité

⁴¹⁷ Les situations les plus complexes, comme les demandes pour les victimes d'accidents vasculaires cérébraux, ont une issue moins favorable, de l'ordre de 70 %.

⁴¹⁸ Mis en place en 2006 par l'article D. 6124-25 du code de la santé publique dans le cadre du réseau des urgences, il est défini dans sa forme actuelle par une instruction interministérielle du 21 juillet 2022 et par un décret du 17 novembre 2023.

⁴¹⁹ Cour des comptes, *L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital*, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, novembre 2024.

⁴²⁰ Les principales affections concernées sont les maladies de l'appareil circulatoire (17 %), du rein et des voies urinaires (14 %), respiratoires (14 %) et du tube digestif (12 %).

ont pu consulter un médecin lorsqu'ils avaient un médecin traitant, contre 70 % quand ils n'en avaient pas. 17 % des patients à forte sévérité n'avaient pas consulté trois mois après leur sortie.

Les délais d'intervention des infirmiers libéraux sont plus courts : 67 % des patients sortant d'un séjour critique ont bénéficié d'une intervention sous trois jours après leur sortie d'hospitalisation, 75 % sous sept jours. Leur accès rapide à un binôme médecin traitant-infirmier doit donc être sécurisé, en mobilisant le télé-soin chaque fois que nécessaire pour limiter les délais (infirmier auprès du patient, médecin à distance).

L'amélioration des sorties demande aussi une plus grande anticipation des patients et de leurs proches aidants, avec des démarches simples permettant à ceux-ci d'intervenir plus rapidement (procurations bancaires, habilitations familiales⁴²¹). Cela pourrait être intégré dans les rendez-vous de prévention proposés avec des professionnels de santé dans le cadre des programmes *Mon bilan prévention* ou ICOPE.

4 - Définir une stratégie de mesure des journées d'hospitalisation inadéquates

Si les hospitalisations potentiellement évitables font l'objet d'un suivi (cf. *supra*), ce n'est pas le cas des séjours anormalement longs. Il est possible d'estimer leur durée à dire d'expert ou à partir de données statistiques, mais il s'agit d'une évaluation qui ne tient pas compte de la spécificité des prises en charge. Seules les équipes soignantes savent qualifier les cas dans lesquels la sortie, médicalement indiquée, subit des délais faute de solutions de sortie. Un code existe en court séjour dans le système d'information hospitalier mais il est peu renseigné car il n'a pas d'implication tarifaire⁴²².

La notion de « patient ne nécessitant plus une hospitalisation complète » pourrait être déployée dans un code du système d'information hospitalier. Cela permettrait de disposer d'une approche fine par patient et par établissement, consolidable à l'échelle départementale, maille de programmation de l'offre sociale et médico-sociale. Les établissements de santé pourraient être incités à renseigner de manière exhaustive cette information dans le cadre du nouveau dispositif d'incitation financière à l'efficacité et à la performance créé par l'article 79 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

⁴²¹ Dans les couples ou familles disponibles et consensuelles, cette modalité est beaucoup plus simple et rapide que la mise en place d'une protection juridique.

⁴²² La situation est différente en SMR car ce code joue un rôle pour la définition du niveau 2 de sévérité et l'attribution de crédits au titre de la précarité.

Sur un fondement ainsi plus assuré, il serait possible d'adapter le modèle organisationnel et tarifaire : fixer une tarification d'attente de sortie, évitant une facturation ne correspondant plus aux services médicaux rendus, et établir une mesure des besoins d'hébergement dans le secteur médico-social et social, pour alimenter une programmation cohérente des transformations nécessaires entre les ARS, les préfets et les départements.

5 - Élaborer un diagnostic partagé concernant la patientèle précaire en partenariat entre les ARS, départements et préfets

Les projets régionaux de santé comportent un programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS). Ce document est souvent peu étoffé, sans doute car il porte sur des missions pour lesquelles les ARS disposent de compétences partielles. L'essentiel du champ social relève en effet des départements, sauf l'urgence sociale (service 115, hébergement d'urgence, etc.), qui relève des préfets.

Les actions de réduction des journées d'hospitalisations liées à la précarité, ainsi qu'aux handicaps psychiques et cognitifs des patients requièrent donc leur collaboration, et une programmation pluriannuelle concertée. Cet effort d'actualisation des PRAPS est d'autant plus nécessaire que les dispositifs destinés aux publics précaires, alternatifs à une hospitalisation à plein temps, sont saturés. 62,8 M€ ont été alloués aux ARS en 2026 pour renforcer ces solutions.

6 - Écarter les séjours longs pour convenances personnelles

Parfois, les séjours anormalement longs résultent du refus du patient ou de sa famille des solutions de sortie proposées par l'équipe soignante. Ces blocages sont préjudiciables aux autres patients, dont la prise en charge peut être retardée, et pour l'assurance-maladie, contrainte de financer un séjour qui n'est plus médicalement justifié.

Dans ces situations, quand des solutions de sortie adaptées ont été proposées, une facturation au patient ou, le cas échéant, à sa famille au titre de l'obligation alimentaire, devrait être envisagée. Certains établissements pratiquent déjà la délivrance d'avertissements de facturation pour encourager la sortie de patients opposants vers des solutions alternatives. Une jurisprudence en a confirmé la validité⁴²³. Toutefois, les règles de calcul des montants à facturer devraient être définies par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), en lien avec la CNAM. Le recours préalable à une médiation tierce a été demandé par France Assos Santé. Elle pourrait être portée par la commission des droits des usagers, installée dans chaque établissement de santé.

⁴²³ Cour administrative d'appel de Lyon, sixième chambre, 31/01/2013. Elle se fonde sur l'article R. 1112-11 du code de la santé publique, qui dispose que l'admission et la sortie sont prononcées par le directeur de l'établissement de santé, après avis médical.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

30 000 patients sont concernés chaque jour par des hospitalisations inadéquates. Une partie d'entre elles est certes inévitable, en raison de la spécificité de chaque prise en charge et de la rigidité de l'offre face à des parcours complexes. Toutefois, une grande part peut et doit être évitée.

À titre principal, une réduction des hospitalisations inadéquates permettrait une prise en charge plus adaptée des personnes concernées. Elle limiterait l'embolisation de lits par des séjours sans indications médicales, qui représentent une perte de chance pour d'autres patients dans un contexte de tensions sur les capacités hospitalières.

L'orientation vers les champs social et médico-social serait plus adaptée et moins coûteuse mais elle supposerait une évolution de l'organisation de l'offre, avec des transferts de financement entre secteurs. Un objectif de gain net de 1,3 Md€ d'ici quatre ans est accessible, dont 1 Md€ en réduisant la durée de séjour de patients pouvant sortir sur le plan médical et 300 M€ en développant des solutions alternatives à l'hospitalisation.

À cet effet, la Cour formule les recommandations suivantes à horizon 2027 :

21. définir un plan pluriannuel de transformation de l'offre et d'économies résultant des réorganisations conduites (ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère du travail et des solidarités, caisse nationale de l'assurance maladie, caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) ;
 22. mettre en place un codage des séjours dans les statistiques hospitalières pour les patients ne nécessitant plus une hospitalisation complète (ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère du travail et des solidarités) ;
 23. en raison du vieillissement rapide de la population, redimensionner les capacités-cibles de la filière de soins gériatriques, en cohérence avec l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux (ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère du travail et des solidarités, caisse nationale de l'assurance maladie, caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) ;
 24. élaborer un diagnostic partagé des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) concernant la patientèle précaire, et établir un avenant pour prévenir les journées d'hospitalisation inadéquates dans un partenariat entre les ARS, les départements et les préfets (ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère du travail et des solidarités).
-

Troisième partie

Une mise en œuvre difficile des réformes engagées

Chapitre IX

Les petites pensions de retraite : des revalorisations ciblées, mal maîtrisées

PRÉSENTATION

La question du niveau de revenu minimal à garantir aux retraités, notamment pour ceux qui ont travaillé et cotisé toute leur vie, demeure un enjeu social important.

Le minimum vieillesse est un premier dispositif général de soutien aux revenus des personnes âgées. Il permet de porter l'ensemble de leurs revenus à un niveau minimal, indépendamment de leur contribution au système de retraite et sous condition de ressources du ménage. Il correspond, depuis une réforme de 2007, à l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Un second dispositif, qui fait l'objet du présent chapitre, mêle, au sein du système de retraite, solidarité et contribution. Il prend la forme de minima de pension, servis par la plupart des régimes de retraite de base. Ces minima sont versés aux assurés éligibles pour des montants et selon des modalités spécifiques à chaque régime.

La revalorisation des petites pensions, qui a été un des sujets majeurs de la dernière réforme des retraites en 2023, s'est appuyée sur ces minima de pension. Lors de cette réforme, le seuil définissant une petite pension a été fixé à 85 % du SMIC net, soit près de 1 200 € par mois à l'époque⁴²⁴. Ce montant correspond, selon le texte du projet de loi, à celui qui devrait être perçu par « les salariés qui ont cotisé toute leur vie avec des revenus autour du SMIC ».

Avant la mise œuvre de la réforme des retraites de 2023, les retraités percevant des petites pensions, entendues comme inférieures à 1 200 € par mois, étaient nombreux et de profils variés (I). Ils n'ont pas tous bénéficié de mesures de revalorisation de leurs pensions, les modalités et la mise en œuvre de la réforme s'étant révélées particulièrement complexes et ayant suscité des incompréhensions (II).

⁴²⁴ Compte tenu des revalorisations du SMIC, ce seuil est passé à 1 226,64 € au 1^{er} janvier 2026.

Chiffres clés

En décembre 2020⁴²⁵, parmi les 16,2 millions de retraités résidant en France, 6,6 millions (42 %) percevaient une pension totale de droit direct (de base et complémentaire) inférieure à 1 200 € par mois. Sont plus particulièrement concernés par le versement de ces petites pensions de retraite les femmes (59 % d'entre elles), les anciens non-salariés agricoles⁴²⁶ (93 %), les bénéficiaires de minima de pension (73 %) et les allocataires du minimum vieillesse (99 %).

Les revalorisations des petites pensions, à la suite de la dernière réforme des retraites, ont concerné près de 1,8 million de personnes déjà à la retraite en septembre 2023, à travers une majoration de pension dite exceptionnelle. En 2024, 185 000 nouveaux retraités en ont également bénéficié au titre de la revalorisation du minimum contributif, qui est le minimum de pension servi par le régime général et le régime de base des salariés agricoles.

Le gain mensuel moyen associé à ces revalorisations est estimé à 45 € pour la majoration exceptionnelle et à 30 € pour la revalorisation du minimum contributif. À ces mesures se sont ajoutées, depuis fin 2021, différentes revalorisations des minima de pension spécifiques aux non-salariés agricoles, dont les mesures au titre des lois dites Chassaigne, qui ont concerné environ 340 000 personnes en 2022.

Le coût de la majoration exceptionnelle s'élèverait à 870 M€ en 2024. Celui de la revalorisation du minimum contributif serait de près de 70 M€ en année pleine pour les nouveaux retraités de 2024. Il est appelé à croître les années suivantes du fait de la montée en charge du nombre de bénéficiaires. Le coût des mesures au titre des lois Chassaigne a été estimé à 160 M€ en 2022.

⁴²⁵ Dernières données disponibles prenant en compte la totalité des pensions perçues par les retraités, tous régimes confondus.

⁴²⁶ Cette catégorie inclut les exploitants agricoles, leurs conjoints collaborateurs et aides familiaux.

I - De nombreux retraités, aux profils variés, percevant moins de 1 200 € par mois de pension

Une proportion importante de retraités percevait des pensions dont le montant total était inférieur à 1 200 € par mois avant la mise en œuvre de la réforme des retraites de 2023. Une majorité d'entre eux avait bénéficié d'un minimum de pension lors de leur départ à la retraite.

A - Fin 2020, plus de deux retraités sur cinq percevaient une petite pension de droit direct

Estimer le montant total des pensions de chaque retraité nécessite de recenser toutes les pensions versées par les différents régimes de retraite de base et complémentaire auxquels le retraité a été affilié au cours de sa carrière professionnelle. L'estimation la plus récente, réalisée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère chargé des affaires sociales, repose sur l'exploitation de l'échantillon inter-régimes de retraités (EIR) de 2020, qui recense les pensions de retraite versées par les régimes français légalement obligatoires en décembre 2020⁴²⁷.

Le champ retenu dans ce chapitre se limite aux retraités résidant en France, dont la pension totale de droit direct, acquise en contrepartie de leur activité professionnelle passée, est inférieure à 1 200 € par mois⁴²⁸. En effet, la revalorisation des petites pensions en 2023 n'a porté que sur les pensions de droit direct. Les retraités percevant uniquement des pensions de réversion servies au décès du conjoint et ceux résidant à l'étranger constituent des sous-populations spécifiques.

⁴²⁷ L'échantillon est renouvelé tous les quatre ans. Le plus récent, non encore exploitable, porte sur la situation au 31 décembre 2024.

⁴²⁸ Ces retraités peuvent en outre percevoir des pensions de réversion à la suite du décès de leur conjoint, dont il n'est pas tenu compte dans les analyses qui suivent.

Le cas des bénéficiaires de réversion seule et des résidents à l'étranger

Environ 500 000 retraités résidant en France, dont la quasi-totalité sont des femmes, ne perçoivent que des pensions de réversion. Celles-ci sont, dans 84 % des cas, inférieures à 1 200 € par mois : compte tenu du fait que le taux de réversion se situe, selon les régimes, entre 50 % et 60 % du montant de la pension du conjoint décédé, très peu de pensions de réversion excèdent ce montant.

Les résidents à l'étranger représentent 6 % des retraités de droit direct, soit environ un million de personnes. Ce sont majoritairement des hommes de nationalité étrangère. En moyenne, leurs pensions de droit direct issues de régimes de retraite français sont faibles (435 € par mois fin 2020) en raison de leur carrière incomplète en France. Par exemple, pour les retraités de droit direct nés en 1953, la durée validée pour la retraite en France est estimée en moyenne à 32,2 années pour ceux résidant à l'étranger et à 40,2 années pour ceux résidant en France. 89,4 % des retraités de droit direct résidant à l'étranger percevaient moins de 1 200 € par mois de pension de droit direct fin 2020.

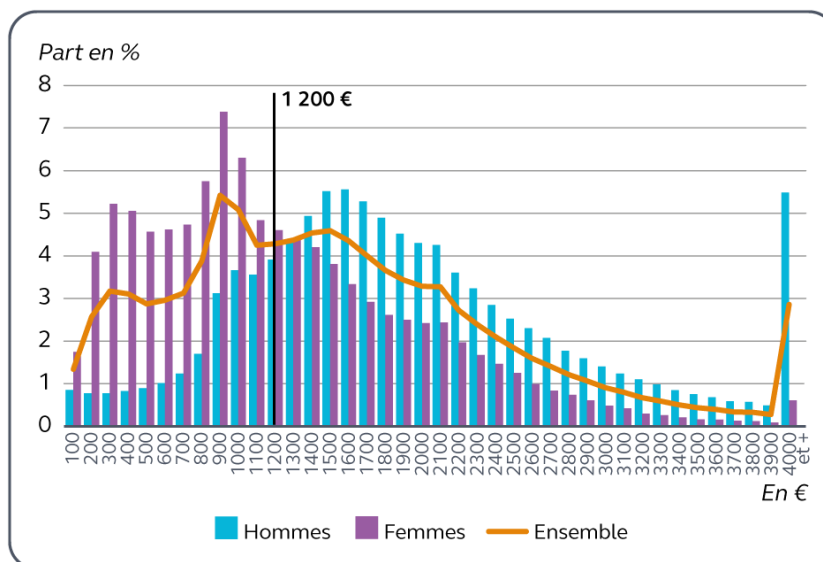
Parmi les retraités résidant en France, 42 % (soit 6,6 millions) percevaient une petite pension de droit direct fin 2020⁴²⁹.

Compte tenu des écarts de situation sur le marché du travail en termes de durée de carrière et de rémunération, les femmes retraitées perçoivent une pension de droit direct inférieure en moyenne à celle des hommes⁴³⁰. L'écart était de 40 %, fin 2020, pour les retraités résidant en France. La pension moyenne de droit direct des femmes était alors inférieure à 1 200 € par mois (1 174 €), à comparer à 1 951 € pour les hommes. Près de 60 % des femmes retraitées percevaient une pension inférieure à 1 200 € par mois, contre 22 % des hommes.

⁴²⁹ En prenant en compte également les revenus issus de pensions de réversion, ce ratio est ramené à 35 %, soit 5,6 millions de pensionnés concernés.

⁴³⁰ Cour des comptes, « La retraite des femmes et des hommes : une réduction des écarts à poursuivre », *RALFSS 2023*, chapitre IX.

Graphique n° 23 : distribution du montant mensuel de pension de droit direct selon le genre, fin 2020



Source : DREES, échantillon inter-régimes de retraités de 2020

Ces retraités sont plus nombreux parmi les plus âgés, qui concentrent davantage de femmes avec des carrières courtes et de non-salariés (exploitants agricoles, commerçants, etc.) qui ont peu ou pas de retraite complémentaire : 56 % parmi les 85 ans et plus contre 30 % parmi les 64 ans et moins.

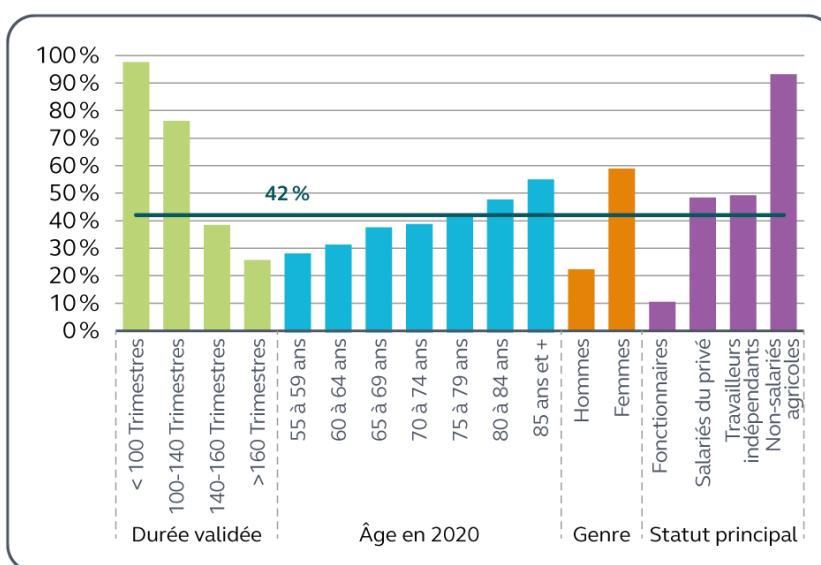
Les retraités touchant une petite pension se caractérisent par des durées validées pour la retraite⁴³¹ en moyenne plus courtes, le montant de la pension étant lié à la durée de carrière. Ainsi, la quasi-totalité des retraités ayant validé moins de 100 trimestres pour la retraite percevaient une pension de droit direct inférieure à 1 200 € par mois fin 2020, contre 26 % de ceux qui avaient validé plus de 160 trimestres. De même, les retraités avec une petite pension se retrouvent plus fréquemment parmi ceux partis après 65 ans (74 % d'entre eux). Beaucoup sont partis à l'âge d'annulation de la décote⁴³² en raison du nombre réduit de trimestres qu'ils avaient validés pour leur retraite.

⁴³¹ La durée validée prend en compte les trimestres cotisés au titre du travail ainsi que les trimestres attribués au titre de la solidarité pour maladie, chômage, invalidité, enfant, etc.

⁴³² La décote est une pénalité financière sur le montant de la pension en cas de carrière incomplète. Elle s'annule lorsque la personne liquide sa pension tardivement, à 67 ans (65 ans pour les personnes nées avant le 1^{er} juillet 1951).

Plus de 90 % des retraités principalement affiliés au régime des non-salariés agricoles percevaient fin 2020 une pension de droit direct inférieure à 1 200 € par mois, contre près de 50 % des retraités du régime général à titre principal et seulement 10 % des anciens fonctionnaires.

Graphique n° 24 : part des retraités percevant fin 2020 une petite pension de droit direct, selon différentes caractéristiques (en %)



Source : DREES, échantillon inter-régimes de retraités de 2020

Les assurés ayant eu une carrière courte resteraient surreprésentés parmi les titulaires de petites pensions même si l'effet de la durée de leur carrière était neutralisé en calculant leurs pensions sur la base d'une carrière complète. En effet, les carrières courtes correspondent souvent à des emplois dont les rémunérations sont plus faibles.

Le cas des non-salariés agricoles

Les retraités percevant une petite pension de droit direct fin 2020 sont nettement surreprésentés parmi les exploitants agricoles, leurs conjoints collaborateurs et leurs aides familiaux.

Cette situation ne résulte pas de durées de carrière plus faibles. Elle tient en partie au fait que la retraite complémentaire des exploitants agricoles n'a été créée qu'en 2002 et celle des conjoints collaborateurs et aides familiaux d'exploitants en 2011. Elle est aussi liée au fait que les minima de pension dans les régimes des non-salariés agricoles (cf. I-B.1) ont été instaurés tardivement, en 2009 (régime de base) et en 2015 (régime complémentaire). Depuis lors, plusieurs mesures ont conduit à relever le montant de ces pensions (cf. II-A.3).

B - Des minima de pension versés à une majorité de retraités percevant une petite pension

Les conditions d'attribution des minima de pension varient selon les régimes. Les retraités avec de petites pensions n'y sont pas toujours éligibles.

1 - Des minima de pension rehaussant le montant de la retraite de leurs bénéficiaires

La plupart des régimes de retraite de base en France ont mis en place des minima de pension. Lors de la liquidation des droits, ceux-ci conduisent à relever le montant de la pension de base de leurs bénéficiaires lorsqu'elle est inférieure à un seuil, sous certaines conditions. La pension de base ainsi relevée est ensuite revalorisée selon les règles de droit commun.

Trois dispositifs principaux couvrent le plus grand nombre de bénéficiaires et représentent l'essentiel des masses financières :

- le minimum contributif, servi par le régime général et le régime de base des salariés agricoles ;
- le minimum garanti, servi par les régimes de la fonction publique ;
- la pension majorée de référence, servie par le régime de base des non-salariés agricoles.

Les chefs d'exploitation agricole peuvent aussi bénéficier d'un minimum au titre de leur pension complémentaire, le complément différentiel de retraite complémentaire obligatoire, qui permet de porter leur pension totale à 1 200,26 € par mois en 2026 après une carrière complète comme chef d'exploitation agricole.

Pour bénéficier des minima de pension, il faut remplir les conditions d'une pension à taux plein, au titre d'une carrière complète ou pour un autre motif (liquidation de la pension à 67 ans, inaptitude, handicap). Leur montant est proportionnel à la durée validée par l'assuré. Une complexité du minimum contributif est liée à la mise en œuvre d'une majoration créée en 2004, qui dépend du nombre de trimestres cotisés au titre des périodes d'activité et qui exclut donc les trimestres attribués au titre de la solidarité.

Le minimum contributif et sa majoration

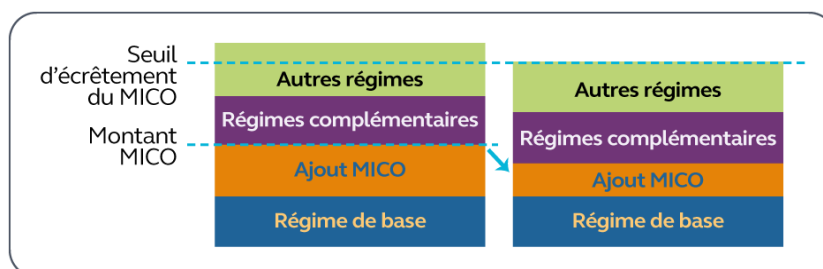
Le minimum contributif est servi à 100 % (756,29 € par mois au 1^{er} janvier 2026) lorsque la durée d'assurance validée est celle requise pour le taux plein. Dans le cas contraire, son montant est proratisé en fonction du nombre de trimestres validés rapporté à la durée d'assurance requise pour le taux plein.

Il est majoré si l'assuré justifie d'au moins 120 trimestres cotisés au titre des périodes d'activité. Son montant est porté à 903,93 € si tous les trimestres requis pour une retraite à taux plein ont donné lieu à cotisation. Sinon, la majoration est proratisée en fonction du nombre de trimestres cotisés.

Pour percevoir le minimum contributif du régime général et des salariés agricoles ou la pension majorée de référence des non-salariés agricoles, il faut avoir liquidé tous ses droits à la retraite (condition de subsidiarité). En outre, le total des pensions de retraite de base et complémentaire⁴³³, après application du minimum contributif ou de la pension majorée de référence, doit être inférieur à un certain montant (seuil d'écêtement), ce qui peut conduire à diminuer le montant versé au titre du minimum. L'objectif est d'éviter que des assurés dont la somme des pensions est élevée ne soient éligibles à un minimum dans l'un des régimes où leur pension est faible.

⁴³³ Y compris les pensions de réversion dans le cas de la pension majorée de référence.

Schéma n° 3 : décomposition par régime de la pension totale, avant et après écrêtement du minimum contributif (MICO)



Note de lecture : l'ajout du MICO à une petite pension dans le régime général conduit parfois, une fois additionnées les pensions des autres régimes de base et complémentaires, à dépasser un seuil dit d'écrêtement (à gauche). Le MICO est alors écrêté pour que la somme des pensions et du MICO ne dépasse pas ce seuil (à droite).

Source : DREES

Un assuré peut bénéficier du minimum dans chacun de ses régimes d'affiliation. Le minimum calculé en premier est celui dont le plafond d'écrêtement est le plus élevé. Toutefois, pour le minimum garanti des agents de la fonction publique, les conditions de subsidiarité et d'écrêtement, introduites par la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, ne sont toujours pas mises en œuvre faute de décret d'application qui en préciserait les modalités⁴³⁴. La Cour réitère sa recommandation, faite en 2020⁴³⁵, de mettre fin à cette situation non équitable. Un fonctionnaire ayant effectué une partie importante de sa carrière dans le secteur privé et percevant, de ce fait, une petite pension dans le régime de la fonction publique, pourra bénéficier du minimum garanti dans la fonction publique tout en percevant un montant total de pension élevé, grâce aux droits acquis dans le secteur privé.

Le montant servi à 100 % du minimum contributif du régime général et des salariés agricoles⁴³⁶ ainsi que celui de la pension majorée de référence des non-salariés agricoles sont identiques. Celui du minimum garanti pour les régimes de fonctionnaires, qui couvrent l'équivalent d'un régime de base et d'un régime complémentaire, est 50 % plus élevé.

⁴³⁴ Plafond d'écrêtement, règles de priorité pour le calcul des minima, nouveaux flux d'échanges de données entre les caisses, etc.

⁴³⁵ Cour des comptes, « Les minima de pension de retraite : un système complexe à la logique devenue incertaine », *RALFSS 2020*, chapitre VII.

⁴³⁶ Y compris la majoration liée aux trimestres cotisés (voir l'encadré précédent).

Hormis l'alignement progressif de la pension majorée de référence sur le minimum contributif (cf. II-A.3), les écarts de règles entre les trois minima de pension, que la Cour avait appelé à corriger en 2020, persistent.

Tableau n° 28 : barème des minima de pension pour les nouveaux retraités de 2026 (montants bruts par mois)

	Minimum contributif (régime général et salariés agricoles)	Minimum garanti (fonction publique)	Pension majorée de référence (non-salariés agricoles)
<i>Ouverture du droit</i>	Départ à la retraite à taux plein, liquidation de tous ses droits (subsidiarité)	Départ au taux plein, condition de subsidiarité non mise en œuvre	Mêmes conditions que le minimum contributif
<i>Montant du minimum servi à 100 %</i>	756,29 € + 147,64 € de majoration pour trimestres cotisés	1 366,35 €	903,93 € (niveau similaire à celui du minimum contributif majoré)
<i>Plafond de pension totale (seuil d'écèlement)</i>	1 410,89 €	Non mis en œuvre	1 410,89 €

Note de lecture : le plafond de pension totale désigne le seuil à partir duquel le minimum est écrêté pour que l'ensemble des pensions et du minimum ne dépasse pas ce seuil.

Source : Cour des comptes

2 - Des minima de pension davantage centrés sur les petites pensions parmi les retraités les plus jeunes

En 2023, les montants versés au titre des minima de pension ont représenté de l'ordre de 9,3 Md€.

**Tableau n° 29 : nombre de retraités bénéficiaires
et montants des minima de pension en 2023**

	Nombre de bénéficiaires	Montants mensuels moyens	Masses financières annuelles
<i>Minimum contributif (CNAV)</i>	4 686 000	114 €	6,4 Md€
<i>Minimum contributif (MSA)</i>	960 000	47 €	0,5 Md€
<i>Minimum garanti (SRE)</i>	158 000	170 €	0,3 Md€
<i>Minimum garanti (CNRACL)</i>	504 000	236 €	1,4 Md€
<i>Pension majorée de référence (MSA)</i>	182 000	108 €	0,2 Md€
<i>CD-RCO (MSA)</i>	236 000	141 €	0,4 Md€
Total	ND (1)	116 €	9,3 Md€

Note : CNAV (caisse nationale d'assurance vieillesse), MSA (mutualité sociale agricole), SRE (service des retraites de l'État), CNRACL (caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales), CD-RCO (complément différentiel de retraite complémentaire obligatoire). (1) Une personne peut bénéficier de plusieurs minima.

Source : Cour des comptes et direction de la sécurité sociale, Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale – Retraites, 2025

En dehors du complément différentiel de retraite complémentaire obligatoire qui concerne les chefs d'exploitation agricole, les trois quarts des bénéficiaires de chacun des minima de pension sont des femmes, compte tenu de leurs revenus d'activité plus faibles.

Les minima ne bénéficient pas à tous les retraités titulaires d'une petite pension. En particulier, ceux-ci n'y sont pas éligibles s'ils ne remplissent pas la condition du taux plein lors de leur départ à la retraite. Fin 2020, plus d'un tiers d'entre eux ne bénéficiait pas de minima de pension.

À l'inverse, des retraités percevant une pension totale supérieure à 1 200 € peuvent bénéficier d'un minimum de pension dans les régimes de la fonction publique qui n'appliquent pas la condition d'écêtement. Ce peut être aussi le cas d'assurés du régime général partis à la retraite avant 2012, lorsque l'écêtement n'existait pas encore, ou très récemment puisque le seuil d'écêtement est supérieur à 1 200 € depuis 2021.

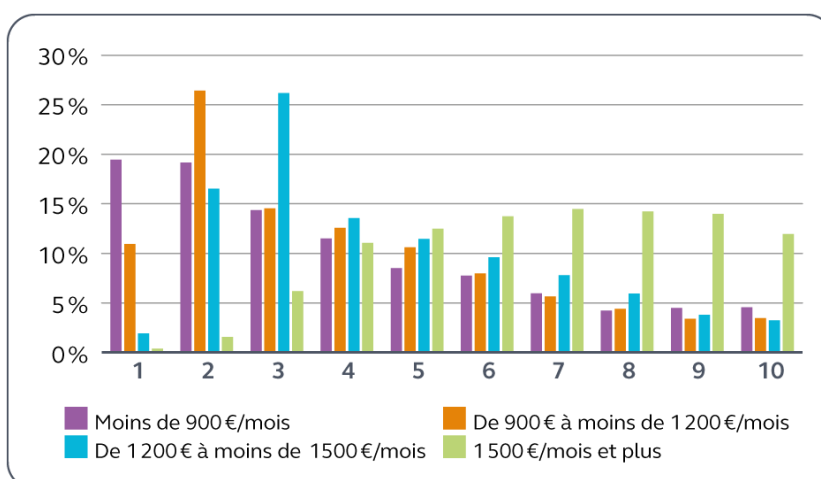
Fin 2020, 27 % des bénéficiaires de minima de pension avaient ainsi une pension totale supérieure à 1 200 €. Autrement dit, 73 % des bénéficiaires de minima avaient une petite pension. Cette part est plus élevée parmi les générations les plus jeunes, compte tenu de l'introduction de la condition d'écêtement.

3 - Une diversité de situations en termes de niveau de vie

Selon l'enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) de l'INSEE⁴³⁷, les retraités avec une petite pension ont des niveaux de vie disparates, dans la mesure où leur niveau de vie dépend de tous les revenus de leur ménage.

En 2022, environ un quart d'entre eux avait un niveau de vie supérieur au niveau de vie médian de la population, c'est-à-dire qu'ils appartenaient à la moitié des ménages ayant les niveaux de vie les plus élevés. Inversement, près de 40 % appartenaient aux 20 % des ménages ayant les niveaux de vie les plus faibles.

Graphique n° 25 : répartition des retraités par décile de niveau de vie selon le montant de leur pension en 2022



Note : les déciles de niveau de vie partagent la population (retraîtée ou non) en 10 groupes d'effectifs égaux, le premier décile (1 sur le graphique) correspondant aux niveaux de vie les plus faibles.

Source : Insee, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2022

Le taux de pauvreté⁴³⁸ parmi les retraités percevant une petite pension (28 %) était près du triple de celui de l'ensemble des retraités (10 %). Toutefois, la grande majorité des retraités percevant une petite pension (plus de 90 % fin 2020) ne bénéficiait pas de l'allocation de solidarité aux

⁴³⁷ Si l'ERFS est la meilleure source statistique pour apprécier le niveau de vie, l'EIR permet d'estimer de façon plus précise les pensions des retraités.

⁴³⁸ Proportion de personnes dont les revenus sont sous le seuil de pauvreté ; ce dernier est égal à 60 % du niveau de vie médian de l'ensemble de la population.

personnes âgées parce qu'ils n'en avaient pas fait la demande ou parce qu'ils vivaient dans un ménage dont les revenus étaient suffisamment élevés.

L'ASPA, une allocation assurant un revenu minimal aux personnes âgées

Alors que les minima de pension sont des droits individuels attachés à la retraite, l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) est un mécanisme général de soutien des ressources des personnes âgées, versé indépendamment de leur contribution au système de retraite et sous condition de ressources du ménage. Elle intervient en dernier ressort, après application des minima de pension. Contrairement à ces derniers qui sont versés automatiquement, l'ASPA est versée sur demande de la personne âgée et est soumise à condition de résidence en France. Il s'agit d'une prestation différentielle qui permet de porter l'ensemble des ressources de ses bénéficiaires à 1 043,59 € par mois pour une personne seule et à 1 620,18 € par mois pour un couple au 1^{er} janvier 2026.

Le nombre d'allocataires de l'ASPA est inférieur à celui des bénéficiaires de minima de pension : environ 720 000 en 2023, dont 56 % de femmes.

Selon l'échantillon inter-régimes de retraités de 2020, parmi les retraités de droit direct, 78 % de ceux qui percevaient l'ASPA bénéficiaient aussi d'un minimum de pension. À l'inverse, seuls 8 % des bénéficiaires de minima de pension étaient allocataires de l'ASPA, les autres bénéficiant de ressources supérieures au seuil d'attribution au sein de leur ménage ou n'ayant pas demandé l'ASPA.

Fin 2020, 28 % des retraités de droit direct résidant en France percevaient une pension de droit direct inférieure à 900 € par mois, soit le niveau de ressources pour une personne seule que l'ASPA permettait d'atteindre à cette date. Seulement un peu plus de 10 % d'entre eux étaient allocataires de l'ASPA, les autres ne l'ayant pas demandée ou ayant d'autres revenus suffisamment élevés au sein de leur ménage.

II - Des mesures de revalorisation des petites pensions mal maîtrisées

La réforme des retraites de 2023 a reporté l'âge d'ouverture des droits à la retraite de 62 à 64 ans et a augmenté le nombre de trimestres nécessaires pour bénéficier d'une retraite à taux plein. Dans le même temps, elle a introduit des mesures de revalorisation des petites pensions. Ces mesures ont été ciblées sur les minima de pension pour les nouveaux retraités et étendues aux personnes déjà retraitées par le biais d'un dispositif inspiré du minimum contributif. Des mesures spécifiques, dont

certaines antérieures à 2023, ont concerné les non-salariés agricoles. Toutes ces mesures, complexes, se sont révélées difficiles à mettre en œuvre et à faire comprendre aux assurés, pour des coûts, certes ciblés, mais non maîtrisés.

A - Des mesures ciblées particulièrement complexes

Trois types de mesures de revalorisation des petites pensions ont été prévues par la réforme des retraites de 2023 : la revalorisation du minimum contributif à partir du 1^{er} septembre 2023 pour les nouveaux retraités du régime général et du régime des salariés agricoles, la majoration exceptionnelle pour les assurés de ces régimes déjà retraités au 1^{er} septembre 2023, enfin des mesures concernant les minima de pension de base et complémentaire des non-salariés agricoles, dans le prolongement des mesures de revalorisation décidées dans le cadre des lois dites Chassaigne de 2020 et 2021. En revanche, la réforme n'a pas revalorisé le minimum garanti des agents de la fonction publique, alors supérieur à 1 200 € par mois.

1 - Une double revalorisation du minimum contributif pour les nouveaux retraités

La réforme des retraites de 2023 a revalorisé le minimum contributif d'un montant maximal de 100 € par mois pour les salariés du secteur privé qui liquidaient leur pension à partir du 1^{er} septembre 2023. Cette revalorisation s'est décomposée en :

- une hausse de 25 € au titre du minimum contributif de base, proratisée en fonction du nombre de trimestres cotisés ou obtenus au titre de la solidarité (maladie, chômage, invalidité, enfant, etc.) ;
- une hausse de 75 € au titre du minimum contributif majoré (concernant les assurés qui ont cotisé au moins 120 trimestres), proratisée en fonction du nombre des seuls trimestres cotisés.

La mesure favorise les assurés qui remplissent les conditions du minimum contributif majoré sans exclure ceux qui ne les remplissent pas, par exemple des assurés invalides. Dans le but de revaloriser les pensions des salariés qui ont travaillé toute leur vie au SMIC, le dispositif aurait pu être mieux ciblé, en ne revalorisant que les trimestres cotisés.

Le champ des trimestres cotisés a, par ailleurs, été élargi aux trimestres acquis au titre de l'affiliation à l'assurance vieillesse des parents au foyer ou de l'assurance vieillesse des aidants. Ces trimestres correspondent à des

périodes pendant lesquelles des assurés, souvent des femmes, ont réduit ou interrompu leur activité professionnelle pour élever leurs enfants ou s'occuper d'un enfant ou d'un proche handicapé ou malade. La prise en compte de ces trimestres au titre des cotisations facilite l'accès au minimum contributif majoré pour ces assurés.

La mesure a permis d'atteindre l'objectif antérieurement fixé à l'article 4 de la loi portant réforme des retraites du 21 août 2003 d'une pension de base et complémentaire égale, à la date de sa liquidation, à 85 % du SMIC net après une carrière complète à temps plein rémunérée au SMIC. L'indexation des barèmes du minimum contributif sur l'inflation, inférieure à la croissance du SMIC, avait depuis conduit à un décrochage du montant du minimum contributif majoré par rapport à cette référence. Depuis 2019, ce minimum était même devenu inférieur à la pension du régime général après une carrière complète et à temps plein au SMIC. Avant la réforme de 2023, il ne concernait plus que des nouveaux retraités ayant effectué une carrière incomplète ou en partie à temps partiel⁴³⁹.

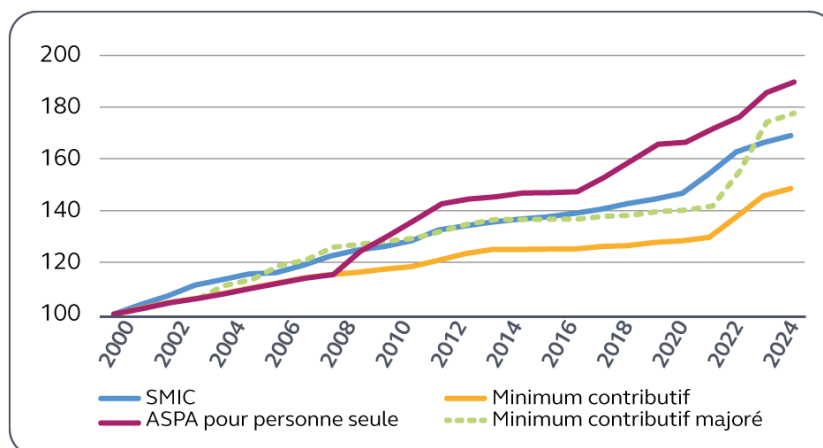
En outre, à la suite de la revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) de 100 € entre 2018 et 2020, l'avantage financier lié au minimum contributif était devenu faible par rapport à cette allocation, contrairement à l'objectif de la loi du 31 mai 1983 ayant institué le minimum contributif⁴⁴⁰ : par exemple, seulement 44 € par mois pour un salarié après une carrière complète rémunérée à 80 % du SMIC et liquidant ses droits en juin 2023.

Les revalorisations du minimum contributif au 1^{er} septembre 2023 ont permis au minimum contributif majoré de rattraper l'essentiel du décrochage constaté depuis 2010 par rapport à l'ASPA.

⁴³⁹ Cour des comptes, « Les minima de pension de retraite : un système complexe à la logique devenue incertaine », déjà cité.

⁴⁴⁰ Selon l'exposé du projet de loi, il s'agissait de « valoriser la carrière des assurés qui, bien qu'ayant travaillé un grand nombre d'années, n'ont acquis, en contrepartie de salaires faibles, qu'une pension inférieure au montant actuel du minimum vieillesse ».

Graphique n° 26 : évolution en euros courants des seuils du minimum contributif, de l'ASPA et du SMIC (base 100 en 2000)



Source : Cour des comptes

À la suite de ces revalorisations, un salarié du secteur privé ayant effectué une carrière complète à temps plein au SMIC, qui a liquidé ses droits en septembre 2023, bénéficie du minimum contributif majoré. Il peut ainsi percevoir une pension totale égale à 85 % du SMIC net, soit près de 1 200 €. Il ne bénéficie toutefois pas de l'intégralité de la revalorisation de 100 € car sa pension de base était supérieure au minimum contributif avant la réforme. Comme le montre le tableau ci-après, le gain est de 66 € par mois. Il est un peu plus élevé en cas de chômage, mais pour un montant de pension totale inférieur. Les seuls salariés du secteur privé qui bénéficient de l'intégralité de la revalorisation de 100 € sont ceux ayant eu une carrière complète avec des salaires mensuels très faibles (par exemple, dans un emploi à mi-temps rémunéré au SMIC), dont la pension de base aurait été inférieure au minimum contributif avant la réforme.

**Tableau n° 30 : effets de la réforme de 2023 sur la pension d'assurés
nés en 1961 liquidant leurs droits au 1^{er} septembre 2023**

Cas-types	Décomposition de la pension brute totale
Salarié du secteur privé avec une carrière complète, à temps plein, rémunéré au Smic (1)	1 118 € 1 193 € Cible : 85 % du Smic 337 € 345 € 66 € 781 € 781 € avant réforme après réforme ■ Pension complémentaire ■ MICO majoré ■ Pension de base ● Total
Salarié du secteur privé à temps plein, rémunéré au Smic, ayant validé la durée requise pour le taux plein grâce à 120 trimestres cotisés complétés par des périodes de chômage (2)	1 019 € 1 097 € 290 € 290 € 90 € 718 € 718 € avant réforme après réforme ■ Pension complémentaire ■ MICO majoré ■ Pension de base ● Total
Commerçant avec une carrière complète, à temps plein, dont la rémunération est équivalente au Smic (1)	921 € 996 € 140 € 148 € 66 € 781 € 781 € avant réforme après réforme ■ Pension complémentaire ■ MICO majoré ■ Pension de base ● Total

(1) : avant réforme, la pension de base (781 €) est supérieure au minimum contributif majoré (748 €) et, après réforme, elle est augmentée de 66 € pour atteindre le nouveau barème du minimum (848 €) – montants arrondis à l'euro le plus proche. (2) : avant réforme, la pension de base (718 €) est inférieure au minimum contributif majoré proratisé (730 €, dont 684 € de minimum contributif de base et 46 € de majoration, soit $(748-684) \times 120/168$ où 168 est le nombre de trimestres requis pour le taux plein), ce qui conduit à verser 12 € de minimum contributif. Après réforme, ce dernier est revalorisé de 25 € au titre du minimum contributif de base et de 53 € au titre de la majoration ($75 \times 120/169$, la durée requise ayant augmenté d'un trimestre), pour atteindre un total de 90 € ($12+25+53$). Note : la pension complémentaire augmente avec le recul de l'âge de départ à la retraite, sauf dans le cas du salarié qui est au chômage non indemnisé juste avant son départ à la retraite. Source : Rapport sur les objectifs et les effets du projet de réforme des retraites

Tous les nouveaux retraités ayant une petite pension ne bénéficient pas de cette revalorisation, qui ne concerne que ceux éligibles au minimum contributif. Pour ceux qui en bénéficient, la revalorisation est en général inférieure à 100 € par mois en raison notamment de l'effet de la proratisation.

Afin d'éviter tout décrochage futur par rapport au SMIC, le minimum contributif appliqué au moment de la liquidation de la pension de retraite est désormais indexé sur le SMIC et non plus sur les prix. La pension totale (y compris le minimum contributif) est ensuite revalorisée annuellement du montant de l'inflation. Cela ne garantit pas que la pension totale atteigne 85 % du SMIC net au moment de la liquidation, pour un salarié du secteur privé ayant eu une carrière complète, si la pension complémentaire évolue trop lentement. Un comité d'experts placé auprès du Premier ministre, le comité de suivi des retraites, est chargé de veiller au respect de cette cible.

Pour que cette cible soit également atteinte pour les commerçants et artisans, qui bénéficient aussi du minimum contributif mais dont le régime complémentaire est plus récent que celui des salariés⁴⁴¹, un dispositif spécifique entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2027. Il leur attribuera des points de retraite complémentaire, comme pour le complément différentiel de retraite complémentaire obligatoire des chefs d'exploitation agricole.

2 - Une majoration exceptionnelle des petites pensions pour les personnes déjà retraitées au 1^{er} septembre 2023

La réforme des retraites de 2023 a aussi attribué une majoration exceptionnelle aux anciens salariés du secteur privé, aux anciens salariés agricoles, ainsi qu'aux anciens artisans et commerçants bénéficiant d'une retraite à taux plein avant le 1^{er} septembre 2023, à condition qu'ils aient cotisé au moins 120 trimestres. Elle constitue, pour les personnes déjà retraitées, le pendant de la revalorisation en septembre 2023 du minimum contributif, tout en étant réservée à ceux qui ont cotisé au moins 120 trimestres.

En cas de carrière complète, le montant maximal de la majoration exceptionnelle s'élève à 100 € par mois. Dans le cas contraire, il est proratisé en fonction de la durée cotisée. La majoration est assujettie à un double écrêtement. Une fois appliquée à la pension de base, le total ne peut pas dépasser 100 % du minimum contributif majoré revalorisé de 100 € au 1^{er} septembre 2023, soit 847,57 €. Ensuite, comme pour le minimum contributif, la majoration exceptionnelle est soumise au seuil d'écrêtement tous régimes (1 352,23 € au 1^{er} septembre 2023).

⁴⁴¹ Les commerçants et artisans ne cotisent à un régime complémentaire obligatoire que depuis 2004.

Selon la DREES⁴⁴², près de 90 % des retraités qui ont perçu la majoration exceptionnelle dès 2023 avaient bénéficié du minimum contributif lors de la liquidation de leurs droits ; les autres profitent de la revalorisation du barème de 100 € pour être éligibles à la majoration exceptionnelle, alors qu'ils n'avaient pas bénéficié du minimum contributif lors de la liquidation de leurs droits.

3 - Une succession de revalorisations des petites pensions agricoles depuis 2020

Tandis que les salariés agricoles ont bénéficié de la revalorisation du minimum contributif et de la majoration exceptionnelle, les non-salariés agricoles (cf. I-B.1) ont bénéficié, dès 2020, de mesures favorables, compte tenu de leur part importante dans les petites pensions (cf. I-A). Deux lois, dites Chassaigne du nom du député à l'origine de ces mesures, ont revalorisé leurs minima de pension. La première a agi sur le complément différentiel de retraite complémentaire obligatoire (CD-RCO) et la seconde sur la pension majorée de référence.

Les lois Chassaigne de revalorisation des minima de pension agricole

Le CD-RCO a été mis en place en 2014 afin de garantir, après une carrière complète comme chef d'exploitation, une pension totale égale à 75 % du Smic net agricole⁴⁴³. La loi Chassaigne 1 du 3 juillet 2020, entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2021, l'a réhaussé afin de porter la pension totale à 85 % du Smic net agricole.

La loi Chassaigne 2 du 17 décembre 2021, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022, a aligné le montant de la pension majorée de référence des conjoints collaborateurs et aides familiaux sur celui des chefs d'exploitation, auquel il était, jusqu'alors, inférieur. Elle a aussi relevé le seuil d'écèlement de la pension majorée de référence⁴⁴⁴ à un niveau au moins égal au montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées pour une personne seule.

⁴⁴² DREES, « Les bénéficiaires d'un minimum de pension », *Les retraités et les retraites*, Fiche 08, édition 2025.

⁴⁴³ Le SMIC net agricole est inférieur de l'ordre de 14 € par mois au SMIC net en raison des écarts de taux de cotisation.

⁴⁴⁴ Le CD-RCO intervient après l'écèlement de la pension majorée de référence.

Parallèlement à la revalorisation du minimum contributif, la réforme des retraites de 2023 a revalorisé au 1^{er} septembre 2023 la pension majorée de référence pour les nouveaux retraités⁴⁴⁵, qui est proratisée en fonction du nombre de trimestres validés, d'un montant maximum de 100 € par mois. Le montant de la pension majorée de référence reste ainsi aligné sur celui du minimum contributif majoré et le restera à l'avenir puisque, désormais, il évolue aussi comme le SMIC. En outre, la réforme a assoupli les conditions d'accès au CD-RCO pour en ouvrir le bénéfice aux assurés qui liquident leur retraite à taux plein quelle qu'en soit la raison : y compris au titre de l'invalidité, du handicap ou de l'âge, et plus seulement après une carrière complète.

La pension majorée de référence a ainsi augmenté de 100 € par mois au 1^{er} septembre 2023 pour les non-salariés agricoles ayant eu une carrière complète avec de faibles revenus qui les a conduits à cotiser sur la base d'assiettes minimales. Toutefois, pour les bénéficiaires du CD-RCO⁴⁴⁶, la hausse de la pension totale a été inférieure à 100 €, et même nulle pour ceux qui ont travaillé comme chefs d'exploitation pendant toute leur carrière. En effet, la hausse de la pension majorée de référence conduit à diminuer le montant du CD-RCO, dont le calcul est différentiel.

Tableau n° 31 : pension liquidée au 1^{er} septembre 2023 après une carrière complète de non-salarié agricole cotisée sur la base des assiettes minimales, avant et après revalorisation de la pension majorée de référence (en € par mois)

Durée de la carrière comme chef d'exploitation	15 ans (non éligible au CD-RCO)		27 ans		42 ans (carrière complète)	
	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
<i>Pension totale avant minima</i>	458 €	458 €	619 €	619 €	655 €	655 €
<i>Pension majorée de référence</i>	379 €	479 €	238 €	338 €	212 €	312 €
<i>CD-RCO</i>	0 €	0 €	162 €	112 €	293 €	193 €
<i>Pension totale</i>	837 €	937 €	1 019 €	1 069 €	1 160 € (*)	1 160 € (*)

(*) soit 85 % du Smic net agricole.

Source : caisse centrale de la mutualité sociale agricole

⁴⁴⁵ En revanche, les non-salariés agricoles partis à la retraite avant le 1^{er} septembre 2023 n'ont pas bénéficié d'une mesure analogue à la majoration exceptionnelle des petites pensions intervenue dans le régime général et pour les anciens salariés agricoles.

⁴⁴⁶ Soit les non-salariés agricoles qui ont cotisé au moins 17,5 ans en tant que chef d'exploitation.

Pour en accroître le montant, le seuil d'écèlement de la pension majorée de référence a été à nouveau relevé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, qui le porte au niveau de celui du minimum contributif pour les nouveaux retraités à compter du 1^{er} janvier 2026 (1 410,89 € par mois). L'alignement de la pension majorée de référence sur le minimum contributif s'inscrit dans le cadre plus large de la refonte, prévue par cette même loi, des dispositions encadrant la retraite des non-salariés agricoles. Celle-ci est désormais calculée sur la base des 25 meilleures années de revenus d'activité comme dans le régime général.

B - Des mesures difficiles à mettre en œuvre et à faire comprendre, des coûts entourés d'incertitudes

La complexité des modalités de revalorisation des petites pensions a été à l'origine de difficultés en matière de gestion, de communication et d'estimation de leur coût⁴⁴⁷.

1 - Des difficultés en gestion, sources de versements indus

La mise en œuvre de la majoration exceptionnelle, au profit des assurés dont la pension avait déjà été liquidée au 1^{er} septembre 2023, parfois depuis longtemps, a posé d'importantes difficultés en gestion.

Le critère du nombre de trimestres cotisés et pas seulement validés nécessite en effet de rechercher des données de carrière dans des bases de données, parfois anciennes, qui ne sont pas toujours disponibles dans les outils de liquidation utilisés communément. Le seuil d'écèlement tous régimes exige de disposer d'informations fiabilisées en provenance des différents régimes de retraite de base et complémentaire.

Pour ces raisons, la majoration exceptionnelle a été appliquée en plusieurs vagues, avec un effet rétroactif au 1^{er} septembre 2023.

Les deux premières vagues, en 2023, ont concerné majoritairement les salariés retraités repérés comme éligibles au minimum contributif avant la réforme. Il s'agit principalement de personnes parties à la retraite à partir de 2009 (près de 550 000 retraités). La troisième vague, en 2024, a porté sur le reste des salariés retraités (près de 750 000), dont les

⁴⁴⁷ Sur les conditions de réussite des réformes, voir dans le présent rapport, le chapitre XI : *Des réformes incessantes conduisant à des difficultés de mise en œuvre par la CNAF et la CNAV*.

trimestres cotisés et le total des pensions ne figuraient pas dans les bases de données inter-régimes gérées par la caisse nationale d'assurance vieillesse⁴⁴⁸.

Concernant les anciens artisans et commerçants, la réforme a été appliquée en deux vagues, en décembre 2024 puis en octobre 2025 (150 000 retraités au total). D'autres seront nécessaires, sans qu'un horizon d'achèvement de ces travaux ait pu, à la date de rédaction de ce chapitre, être fixé.

Ces difficultés de gestion, liées notamment aux limites des bases de données inter-régimes, ont entraîné des versements à des retraités qui n'auraient pas dû en bénéficier. Par une lettre du 28 novembre 2023, les ministres⁴⁴⁹ ont demandé aux caisses de retraite de ne pas recouvrer les versements à tort liés aux difficultés d'alimentation du répertoire des échanges inter-régimes de retraite (EIRR) et de ne pas appliquer certaines règles de calcul⁴⁵⁰, ce qui a engendré des trop-versés supplémentaires. Cette pratique ministérielle est contraire à la loi, seul le législateur étant fondé à modifier les modalités de calcul et de recouvrement des sommes indûment versées.

La Cour évalue la totalité de ces versements indus à 33 M€ pour la première année de versement de la majoration exceptionnelle et à 115 M€ en cumulé sur toute la durée de versement de la majoration.

En outre, l'indisponibilité à temps d'informations en provenance d'autres régimes de retraite, pour appliquer les conditions de subsidiarité (avoir liquidé toutes ses pensions) et d'écèlement tous régimes (ne pas dépasser un certain seuil pour la pension totale), continue à poser des difficultés pour le calcul du minimum contributif et de la pension majorée de référence des nouveaux retraités, avec des enjeux financiers accrus depuis la revalorisation du 1^{er} septembre 2023. Ces difficultés résultent de problèmes d'alimentation de l'EIRR, censé stocker les montants de toutes les pensions servies par les régimes de retraite obligatoire. La caisse nationale d'assurance vieillesse et les autres régimes ont mis en place des

⁴⁴⁸ Soit, pour les trimestres cotisés, le répertoire de gestion des carrières unique, qui recense les données de carrière des assurés des différents régimes de retraite, et, pour le total des pensions, le répertoire des échanges inter-régimes de retraite, qui recense les pensions servies par les différents régimes de retraite.

⁴⁴⁹ Le ministre du travail, du plein emploi et de l'insertion, le ministre de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire et le ministre délégué chargé des comptes publics.

⁴⁵⁰ Ces règles portent sur le montant maximal de 100 € de majoration exceptionnelle lorsque celle-ci est appliquée dans plusieurs régimes pour un même retraité, ainsi que sur la prise en compte de la surcote dans le calcul de l'écèlement.

actions de fiabilisation et de suivi de la qualité des données, mais des difficultés persistent⁴⁵¹.

Le stock de minima contributifs en attente de calcul définitif, identifié depuis 2012 et dont le versement représente un enjeu important pour des assurés aux revenus modestes, est régulièrement pointé par la Cour dans le cadre de la certification des comptes de la branche vieillesse du régime général. Sa résorption, qui avait fait l'objet d'une recommandation en 2020⁴⁵² et que la Cour réitère, n'est toujours pas achevée malgré les actions mises en œuvre par les régimes. Le même problème se pose pour la pension majorée de référence. L'alimentation de l'EIRR par tous les régimes doit continuer à être fiabilisée afin que les régimes puissent résorber ce stock.

Environ 540 000 majorations de pension de nouveaux salariés du régime général au titre du minimum contributif étaient toujours en attente de calcul définitif fin 2024⁴⁵³. Parmi elles, un peu plus de 150 000 avaient fait l'objet d'un versement à titre d'avance⁴⁵⁴ pour un montant de 344 M€ en 2024, dans l'attente d'une régularisation comportant des risques ultérieurs de trop versés. En outre, près de 390 000 n'étaient ni calculées ni servies, donc susceptibles d'entraîner des versements ultérieurs.

2 - Une information des assurés à parfaire

La revalorisation des petites pensions était un engagement du Président de la République lors de la campagne présidentielle de 2022. Les enjeux de communication aux assurés étaient d'autant plus importants.

Or, la communication gouvernementale a manqué de clarté et a engendré de la confusion. L'extension de la mesure aux personnes déjà retraitées a été décidée tardivement. En raison de la complexité des règles d'éligibilité et des modalités différenciées de revalorisation des minima de pensions, le calcul présenté du nombre de bénéficiaires et des montants de revalorisation accordés a été jugé imprécis, et a donc été contesté.

⁴⁵¹ Selon la caisse nationale d'assurance vieillesse, le dispositif de ressources mensuelles, qui centralise les revenus de tous les assurés sociaux, ne pourrait pas pallier toutes les insuffisances de l'EIRR.

⁴⁵² Cour des comptes, « *Les minima de pension de retraite : un système complexe à la logique devenue incertaine* », déjà cité.

⁴⁵³ Le nombre de dossiers en attente de calcul atteignait près de 640 000 fin novembre 2025, sur le champ plus large des salariés et indépendants du régime général ainsi que des salariés agricoles.

⁴⁵⁴ Dès que l'assuré remplit la condition de subsidiarité, si le montant théorique du minimum contributif dépasse 15 % du total du minimum majoré (135,58 € par mois au 1^{er} janvier 2026), une avance est versée. Ce dispositif n'existe pas pour la pension majorée de référence, dont les montants versés aux retraités sont plus faibles.

En raison de la complexité des modalités de revalorisation, les caisses de retraite ont dû multiplier les actions de communication auprès de leurs assurés pour les aider à comprendre la réforme. Dès janvier 2023, l'Union retraite⁴⁵⁵ a mis en ligne l'outil *Suis-je concerné ?* et le simulateur *Mon estimation retraite* a été actualisé en juin. La caisse nationale d'assurance vieillesse et la mutualité sociale agricole ont également mené de nombreuses actions : mise en ligne par la caisse nationale d'assurance vieillesse du simulateur *Augmentation de la retraite minimale*, envoi de courriers personnalisés aux retraités concernés par la majoration exceptionnelle, conception de guides d'information, etc.

Par ailleurs, si la retraite est quérable, les droits aux minima de pension et aux mesures de revalorisation ne nécessitent pas de demande spécifique de l'assuré. Ils sont attribués automatiquement par les caisses de retraite dès lors que l'assuré remplit les conditions pour en bénéficier, en particulier celle d'un départ à la retraite à taux plein. Or, en 2020, la Cour constatait qu'au moment où ils demandaient la liquidation de leur pension, les assurés n'étaient pas informés du fait qu'un départ à la retraite sans le bénéfice du taux plein impliquait l'inéligibilité définitive aux minima de pension, avec des conséquences financières défavorables. La communication des caisses à ce sujet, en particulier écrite, reste insuffisante, alors que la revalorisation des minima des pension augmente l'intérêt pour les assurés de pouvoir en bénéficier. La Cour recommande à nouveau d'améliorer cette information.

Il importe également de lutter contre le non-recours aux droits à pension, dans la mesure où certains assurés ne font pas valoir tous leurs droits et ne remplissent ainsi pas la condition de subsidiarité nécessaire pour bénéficier des minima de pension.

3 - Des coûts liés aux revalorisations mal identifiés

Depuis l'étude d'impact associée au projet de loi de réforme de 2023, de nouvelles estimations des coûts liés à la majoration exceptionnelle et à la revalorisation du minimum contributif sont disponibles.

Les coûts des mesures de revalorisation estimés en 2023

L'étude d'impact avait estimé le coût de l'ensemble des mesures de revalorisation des petites pensions à 440 M€ en 2023, compte tenu de l'entrée en vigueur des mesures en septembre, puis 1,4 Md€ en 2024, 1,5 Md€ en 2025 et 1,6 Md€ en 2026.

⁴⁵⁵ Groupement d'intérêt public qui réunit les caisses de retraite obligatoire, de base et complémentaire, chargé notamment de mettre en œuvre le droit à l'information retraite.

Le coût des mesures portant sur les nouveaux retraités avait été évalué à 10 M€ en 2023, 80 M€ en 2024, 200 M€ en 2025 et 300 M€ en 2026. Il augmente dans le temps car, chaque année, s'ajoutent le coût relatif aux nouveaux retraités de l'année et celui de l'évolution plus rapide du minimum contributif et de la pension majorée de référence pour les nouvelles liquidations, désormais alignée sur celle du SMIC.

Le coût estimé de la majoration exceptionnelle pour les personnes déjà retraitées était plus élevé que pour les nouveaux retraités : 0,4 Md€ en 2023 puis de l'ordre de 1,3 Md€ chaque année jusqu'en 2026.

Des opérations spécifiques ont été nécessaires pour identifier les bénéficiaires de la majoration exceptionnelle parmi les personnes déjà retraitées. Le coût des mesures mises en œuvre a pu être estimé précisément en 2024 à 800 M€ pour la caisse nationale d'assurance vieillesse (soit 51 € en moyenne par bénéficiaire) et à plus de 70 M€ pour la mutualité sociale agricole (soit 18 € par bénéficiaire). Ces coûts sont inférieurs aux estimations de l'étude d'impact mais ils ne prennent pas en compte les versements indus (cf. II-B.1), ni les dépenses relatives aux anciens artisans et commerçants, plus faibles que celles concernant les salariés. La caisse nationale d'assurance vieillesse n'a pas pu les estimer à la date de rédaction de ce chapitre en raison des versements tardifs.

En revanche, les dépenses liées aux revalorisations du minimum contributif et de la pension majorée de référence ne sont pas suivies par les caisses de retraite. Elles sont intégrées, sans distinction, aux dépenses totales liées à ces dispositifs⁴⁵⁶. L'estimation la plus récente est celle de la DREES⁴⁵⁷ : 29 % des nouveaux retraités du régime général ou du régime des salariés agricoles en 2024 (environ 185 000 personnes) auraient bénéficié de la revalorisation du minimum contributif, pour un gain mensuel moyen de 30 €, soit une dépense en année pleine de 67 M€, proche de celle estimée par l'étude d'impact. Ces bénéficiaires correspondent, pour l'essentiel, à des personnes qui auraient perçu le minimum contributif en l'absence de revalorisation et, pour 4,3 % des nouveaux retraités, à des personnes qui n'auraient pas bénéficié du minimum contributif sans la revalorisation.

⁴⁵⁶ Pour la pension majorée de référence, les interactions avec le complément différentiel de retraite complémentaire obligatoire complexifient l'estimation du coût net de sa revalorisation.

⁴⁵⁷ DREES, « En 2024, la réforme du minimum contributif augmente la pension de 185 000 nouveaux retraités », *Études et Résultats*, février 2024, n° 1297.

Tableau n° 32 : nombre de retraités bénéficiaires et montants associés à la majoration exceptionnelle et à la revalorisation du minimum contributif en 2024

Mesure (période d'estimation)	Nombre de bénéficiaires (% de femmes)	Montants mensuels moyens	Coût annuel
Majoration exceptionnelle versée par la CNAV, hors indépendants (nov. 2024)	1 288 974 (67 %)	51 €	800 M€
Majoration exceptionnelle versée par la MSA (2023-2024)	340 087 (non connu)	18 €	73 M€
Minimum contributif versé par la CNAV et la MSA (2024 en année pleine)	185 000 (72 %)	30 €	67 M€

Note : Cnav (caisse nationale d'assurance vieillesse), MSA (mutualité sociale agricole).

Source : Cour des comptes, à partir de données de la Cnav, de la Drees et de la MSA

Le coût total de la majoration exceptionnelle (hors les versements aux anciens artisans et commerçants) et de la revalorisation du minimum contributif a ainsi été estimé à 940 M€ en 2024. Pour obtenir le coût de l'ensemble des mesures de revalorisation décidées en 2023, il faudrait y ajouter le coût de la revalorisation de la pension majorée de référence et des aménagements du complément différentiel de retraite obligatoire, qui concernent les non-salariés agricoles, pour lesquels la Cour n'a pu obtenir d'estimation plus récente que celle prise en compte dans l'étude d'impact (de l'ordre de 50 M€ en année pleine).

Par ailleurs, les coûts des mesures spécifiques aux non-salariés agricoles dans le cadre des lois Chassaigne 1 et 2, qui ne font plus l'objet d'un suivi spécifique, ont été estimés à respectivement 37 M€ et 126 M€ en année pleine en 2022, première année de leur mise en œuvre.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les mesures de revalorisation des petites pensions décidées en 2023 ont porté sur les dispositifs préexistants des minima de pension. À leur suite, un salarié du secteur privé ayant effectué une carrière complète à temps plein au SMIC perçoit une pension totale égale à 85 % du SMIC net.

La complexité de ces dispositifs a rendu la communication difficile et a suscité des incompréhensions. Du fait des conditions à remplir, 2 millions de retraités sur les quelque 6,6 millions percevant des pensions inférieures à 1 200 € en ont bénéficié. Les gains associés ont été en général inférieurs à 100 € par mois, en moyenne de l'ordre de 30 € par mois pour les nouveaux retraités et de 45 € pour les anciens.

La revalorisation des pensions des personnes déjà retraitées a, en outre, suscité de grandes difficultés de gestion. Celles-ci ont conduit les caisses de retraite à différer les versements et à en effectuer certains à des retraités qui n'auraient pas dû en bénéficier.

La complexité des minima de pension est notamment la conséquence de l'organisation du système de retraite en régimes distincts, aux règles spécifiques. Dans ce contexte, il est nécessaire d'harmoniser leurs conditions d'éligibilité, de les verser sans délai et de mieux informer les assurés sur leurs droits. C'est pourquoi, dans le prolongement des constats faits en 2020, la Cour réitère les recommandations suivantes :

- 25. mettre en application dès 2026 les dispositions de la loi du 9 novembre 2010 soumettant le minimum garanti à des conditions de subsidiarité et d'écêtement (ministère du travail et des solidarités, ministère de l'action et des comptes publics) ;*
 - 26. résorber le stock des dossiers des retraités en attente de calcul définitif du minimum contributif et de la pension majorée de référence, notamment en accélérant, dès 2026, la fiabilisation de l'alimentation par les différents régimes du répertoire des échanges inter-régimes de retraite (ministère du travail et des solidarités, caisse nationale d'assurance vieillesse, caisse centrale de la mutualité sociale agricole) ;*
 - 27. améliorer dès 2026 l'information sur les dispositifs de minima de pension en renforçant la communication pour les assurés ne liquidant pas l'ensemble de leurs droits à pension de retraite à taux plein (ministère du travail et des solidarités, ministère de l'action et des comptes publics, caisse nationale d'assurance vieillesse, caisse centrale de la mutualité sociale agricole, Caisse des dépôts et consignations).*
-

Chapitre X

Le compte professionnel de prévention de l'usure professionnelle : une nécessaire remise à plat

PRÉSENTATION

Le compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P), devenu compte professionnel de prévention (C2P) par une ordonnance de 2017, permet à des salariés du régime général et du régime agricole, exposés à des facteurs de pénibilité dans le cadre de leur travail, de partir plus tôt à la retraite, de travailler à temps partiel tout en étant rémunérés à temps plein ou encore de bénéficier d'une formation ou d'une reconversion.

La prise en compte de l'usure professionnelle a beaucoup évolué dans le temps. Le C3P, créé en 2014, couvrait les risques relatifs au rythme du travail et à son environnement, mais également aux contraintes physiques et à l'exposition à des produits chimiques, facteurs de risques qui ont été exclus du dispositif en 2017. Sa gestion et son pilotage ont, par ailleurs, été transférés de la branche vieillesse à la branche accidents du travail-maladies professionnelles de l'assurance maladie à compter du 1^{er} janvier 2018, avec l'ambition de favoriser la prévention plutôt que la réparation. Plus récemment, la réforme des retraites de 2023 a assoupli les conditions d'obtention et d'usage des points enregistrés sur le C2P en contrepartie du relèvement de l'âge d'ouverture des droits à la retraite. Elle a aussi créé un fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle (FIPU), chargé de financer des actions de prévention des risques ergonomiques, exclus du champ du C2P en 2017.

Outil atypique au regard des mesures mises en place dans les autres pays européens pour prendre en compte la pénibilité du travail, le C2P présente deux difficultés majeures : l'exclusion de son champ d'un nombre important d'assurés depuis 2017 et les risques opérationnels importants de sa gestion (I). Il demeure par ailleurs davantage un outil de réparation que de prévention de l'usure professionnelle (II). Enfin, le niveau actuel des dépenses demeure limité en raison de la jeunesse du C2P mais il est appelé à croître fortement. Une révision en profondeur des modalités du dispositif est nécessaire pour le simplifier, conforter son orientation vers la prévention et assurer la maîtrise des dépenses à venir (III).

Chiffres clés

En 2024, un million d'expositions⁴⁵⁸ à des facteurs de pénibilité ont été déclarées au titre du C2P, dont 830 000 ouvrant des droits⁴⁵⁹. En 2025, 16 100 assurés ont mobilisé leur C2P, dont 9 700 pour anticiper leur départ à la retraite. 93 M€ ont été dépensés à ce titre, dont 66 M€ pour la retraite.

Entre 2015 et 2025, un peu plus de 35 000 personnes ont utilisé leur C2P pour la retraite, contre 7 600 pour le temps partiel et 11 000 pour la formation.

Par ailleurs, le Fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle (FIPU), créé en 2023 pour prendre en compte les facteurs de risques exclus du C2P en 2017, est doté d'un budget de 1 Md€ sur la période 2023-2027. En 2025, ses dépenses ont atteint seulement 143 M€.

Au total, le C2P et le FIPU ont représenté une dépense de 236 M€ en 2025. Toutefois, le coût du C2P est appelé à augmenter d'année en année pour atteindre 1 Md€ par an au terme de la montée en charge du dispositif, à compter de 2060.

I - Un dispositif atypique, devenu inéquitable

Le dispositif français de prévention et de réparation de l'usure professionnelle est fondé sur le principe, unique en Europe, d'un suivi individualisé des expositions à certains facteurs de risques. Ses modifications successives, liées à la difficulté de prendre en compte certains de ces risques, lui ont fait perdre sa cohérence et l'ont rendu inéquitable.

A - Un dispositif unique en Europe

La loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite, qui a augmenté la durée d'assurance requise pour une liquidation de la retraite à taux plein, a créé le compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P). Pour la première fois, un dispositif de départ anticipé à la retraite a visé à compenser les effets différés des conditions de travail sur l'espérance de vie et l'état de santé pour les

⁴⁵⁸ Un salarié exposé à plusieurs facteurs de pénibilité est comptabilisé plusieurs fois.

⁴⁵⁹ Pour qu'une exposition donne des droits au C2P, il faut qu'elle dépasse certains seuils, par exemple 100 nuits par an pour le travail de nuit.

salariés du secteur privé (régimes général et agricole)⁴⁶⁰. Contrairement aux dispositifs de départs anticipés pour inaptitude ou incapacité permanente, le C3P, comme le compte professionnel de prévention (C2P) qui lui a succédé, ne conditionne pas l'ouverture de droits au constat médical d'un état de santé altéré, mais prend en compte la probabilité d'une dégradation après le départ à la retraite.

Chaque année, en janvier, l'employeur déclare, à travers la déclaration sociale nominative (DSN), l'exposition de ses salariés l'année précédente aux facteurs de risques⁴⁶¹ pris en compte par ce dispositif. Tout trimestre d'exposition au-dessus d'un certain seuil donne droit à un point. Ce suivi individualisé permet à chaque assuré d'accumuler des points sur son compte. Ces points donnent droit à une formation professionnelle visant, en principe, à accéder à un emploi moins pénible, à une période de temps partiel sans perte de salaire ou à la validation de trimestres pour la retraite, permettant un départ anticipé.

La France se distingue au sein de l'Union européenne par la déclaration annuelle de l'exposition de chaque salarié à certains facteurs de risque en fonction de critères définis par la réglementation. Dans les autres pays, les modalités de prise en compte de la pénibilité sont variables mais toujours fondées sur la profession exercée⁴⁶².

Certains pays définissent à l'échelle nationale des listes d'emplois, de professions ou de conditions de travail pénibles, parfois en référence aux effets du travail sur la santé. Cette approche est retenue en Espagne, en Italie, en Pologne, en Autriche, au Portugal ou en Finlande. Parmi les métiers listés figurent souvent les marins pêcheurs, les mineurs, les métiers de la métallurgie, les danseurs, les plongeurs et les sapeurs-pompiers. Des anticipations de départ à la retraite sont prévues pour les salariés ayant occupé ces emplois, mais, le plus souvent, et contrairement à la France, il est requis des conditions de durée d'assurance, voire de durée d'exercice d'un métier pénible, ou le fait d'exercer encore un métier pénible en fin de carrière. Les listes sont plus ou moins larges selon les pays, mais,

⁴⁶⁰ Dans la fonction publique et les régimes spéciaux, d'autres dispositifs existent pour prendre en compte les conditions d'exercice de certains métiers comme ceux relevant des catégories actives et des services actifs.

⁴⁶¹ Article L. 4161-1 du code du travail. Dix facteurs de pénibilité ont d'abord été identifiés : travail de nuit, travail en équipes successives alternantes, travail en milieu hyperbare, travail répétitif, bruit, températures extrêmes, agents chimiques dangereux, manutentions manuelles de charges, postures pénibles et vibrations mécaniques.

⁴⁶² Annie Jolivet, *Pénibilité du travail et retraite : une comparaison internationale des dispositifs existants*, 2023.

compte tenu de ces conditions restrictives fixées par ailleurs, le nombre de personnes concernées est limité (8 % des nouveaux retraités en Autriche, 5 % en Espagne, 4 % en Pologne et 1 % en Finlande⁴⁶³).

Qu'il existe ou non un dispositif national de prise en compte de la pénibilité pour la retraite, des accords de branche ou d'entreprise peuvent définir, comme en Allemagne ou en Suède par exemple, les modalités et le financement de dispositifs de reconversion ou d'aménagement du temps de travail, allant de l'attribution de jours de congés supplémentaires à la retraite progressive, permettant une réduction du temps de travail avant la retraite définitive.

Les conditions de travail prises en compte à l'étranger rejoignent le plus souvent tout ou partie des critères retenus en France lors de la création du C3P. Les facteurs de risques consensuels renvoient à l'environnement physique de travail (milieu hyperbare⁴⁶⁴, chaleur, froid), difficile à modifier. Parmi les rythmes de travail, le travail de nuit est le plus souvent retenu. Enfin, les critères ergonomiques⁴⁶⁵ exclus du dispositif en France en 2017, sont pris en compte en Autriche, en Finlande et en Pologne. En Allemagne, les critères varient selon les branches professionnelles. En Autriche, les travailleurs de nuit peuvent prendre leur retraite plus tôt, cet avantage étant financé par une cotisation des employeurs au taux de 2 %. Certains pays prennent également en compte la charge mentale ou émotionnelle.

B - Une difficulté à prendre en compte certains facteurs de pénibilité

Le C3P a été mis en place en 2015 sur le fondement de dix facteurs de pénibilité, définis dans le code du travail. Quatre ont fait l'objet d'un consensus : travail de nuit, travail en équipes successives alternantes, travail répétitif et milieu hyperbare. La définition précise des six facteurs de pénibilité les plus difficiles à mesurer a été différée. La parution en 2017 des décrets a suscité l'opposition des organisations patronales, qui estimaient que l'évaluation individuelle du niveau d'exposition était trop complexe, notamment pour les risques ergonomiques.

⁴⁶³ OCDE, *Panorama des pensions*, 2023.

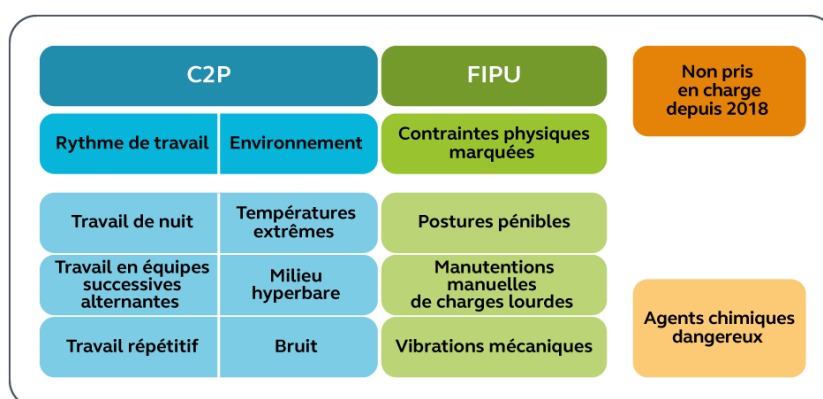
⁴⁶⁴ Milieu dans lequel la pression est supérieure à celle de l'atmosphère, par exemple en plongée sous-marine.

⁴⁶⁵ Postures pénibles définies comme positions forcées des articulations, manutentions manuelles de charges lourdes et exposition à des vibrations mécaniques.

Le C3P a, en conséquence, été réformé par une ordonnance de 2017 pour devenir le compte professionnel de prévention (C2P). La notion de pénibilité du travail a été remplacée par celle d'usure professionnelle. Quatre facteurs de risques ont été exclus du dispositif : les trois risques ergonomiques, ainsi que la prévention des risques chimiques, qui est renvoyée aux obligations de l'employeur en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs (respect des valeurs limites d'exposition professionnelle).

La réforme des retraites de 2023 a assoupli les conditions d'acquisition de points du C2P en abaissant certains seuils et en déplaçant le nombre de points⁴⁶⁶. Pour prendre en compte les trois risques ergonomiques exclus du dispositif, elle a créé un fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle (FIPU), chargé de financer des actions de prévention (achats d'équipements, formation, etc.).

Schéma n° 4 : risques pris en charge par le C2P et le FIPU en 2025



Source : Cour des comptes

La suppression de quatre facteurs de risques professionnels du champ du C2P a exclu du dispositif de nombreux salariés. Ainsi, le secteur de la construction ne représente que 1,7 % des salariés déclarés exposés en 2025 (contre 3,7 % en 2017, lorsque les risques ergonomiques étaient encore pris en compte).

La définition des facteurs de risques et des seuils d'exposition excluait déjà certaines professions. Les critères du travail répétitif excluent

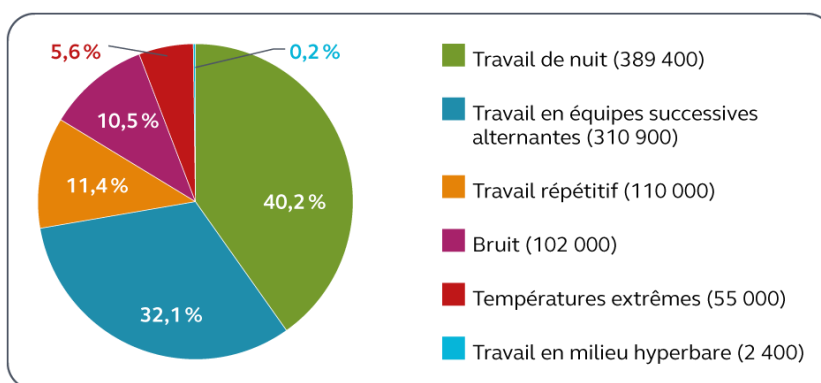
⁴⁶⁶ Jusqu'en 2023, le nombre total de points acquis était limité à 100.

par exemple les agents de caisse et les ouvriers du bâtiment. En outre, les contrats d'une durée inférieure à un mois n'ouvrent pas droit au bénéfice du C2P. Enfin, les travailleurs indépendants et les personnes travaillant pour des particuliers employeurs (notamment les aides à domicile) ne sont pas concernés par le dispositif.

In fine, l'effectif des bénéficiaires du C2P est concentré à 72 % sur deux principaux facteurs de risques, le travail de nuit et le travail posté (en équipes successives alternantes, comme les 3×8). Le C2P concerne principalement un public ouvrier (67 % des bénéficiaires en 2024) et masculin (76 %). En sus du C2P, les travailleurs de nuit bénéficient de contreparties sous forme de repos compensateurs, voire de compensations salariales.

Par ailleurs, toutes les personnes exposées à au moins un facteur de pénibilité, et donc potentiellement éligibles au C2P, n'ont pas la même chance de voir leur exposition déclarée par leur employeur, ni même d'avoir un compte⁴⁶⁷. Cette proportion est plus élevée dans l'industrie que la construction et l'agriculture. Elle est également plus importante dans les grands établissements et dans les entreprises dotées d'instances représentatives du personnel et de représentants syndicaux⁴⁶⁸.

Graphique n° 27 : nombre d'expositions par facteur de risque déclaré en 2025



Note : un salarié exposé à plusieurs risques est comptabilisé dans plusieurs catégories.

Source : Caisse nationale de l'assurance maladie

⁴⁶⁷ Le compte est créé et alimenté par l'employeur.

⁴⁶⁸ Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques du ministère du travail, « Quels emplois conduisent à acquérir des points sur le compte pénibilité en 2023 ? », *Dares analyses* n° 14, 2026.

Les secteurs d'activité déclarant le plus de salariés exposés sont l'industrie manufacturière (plus de 250 000 en 2024, dont 19 % de femmes), suivie du transport et de l'entreposage (112 000, dont 12 % de femmes). Ainsi, le C2P couvre bien les emplois industriels impliquant une organisation collective forte du travail et essentiellement occupés par des hommes, mais peu les métiers de service, majoritairement féminins.

C - Un pilotage insuffisant, des risques opérationnels

Le pilotage du C2P a été transféré en 2018 de la branche vieillesse à la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) de l'assurance maladie, ce qui a accentué des défaillances de gestion. Alors que les risques d'erreurs et de fraudes sont importants, les contrôles restent insuffisants.

1 - Des difficultés de pilotage qui ont entraîné des dysfonctionnements informatiques majeurs

Lors de la création du C3P, le pilotage du dispositif a été confié à la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), qui en a conçu le système d'information. Les applications informatiques ont été développées de façon à rendre les salariés acteurs de la gestion de leurs points : ceux-ci peuvent accéder à un espace personnel en ligne qui leur permet d'acquérir des trimestres de retraite ou de réserver des points pour financer une formation.

Le développement initial a fait appel à des langages informatiques innovants. Cependant, l'un d'entre eux est devenu rare et un autre n'est plus sécurisé depuis 2012.

Les modifications apportées aux modalités du C2P ont nécessité des évolutions de l'outil informatique, tout en maintenant son niveau de sécurité. Lorsque le pilotage lui a été confié, en 2018, la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) a délégué à la CNAV la maintenance du système d'information.

La convention d'objectif et de gestion (COG) de la branche AT-MP 2018-2022 de l'assurance maladie ne prévoyait pas de moyens pour le C2P et ne visait qu'un objectif d'information des salariés. L'inspection générale des affaires sociales a donc recommandé en 2022 de garantir les moyens nécessaires à un fonctionnement satisfaisant et à la montée en charge du C2P⁴⁶⁹. La COG suivante, qui en a tenu compte, n'a été signée que mi-2024.

⁴⁶⁹ Inspection générale des affaires sociales, *Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 de la branche accidents du travail maladies professionnelles*, 2022.

Dans l'intervalle, la CNAV a continué à maintenir le système d'information du C2P selon ses propres priorités. L'obsolescence technique s'est accumulée, les risques en termes de sécurité ont augmenté et les modifications exigées par la réforme des retraites ont pris du retard. Les moyens humains étant limités, des erreurs techniques ont subsisté.

L'outil informatique est devenu obsolète, reposant sur un code entaché d'erreurs. Son langage est maîtrisé par peu de personnes sur le marché du travail. Depuis 2023, il n'est plus connecté à l'outil permettant la production automatique d'indicateurs de suivi, si bien que la visibilité sur l'activité des gestionnaires, les déclarations et l'utilisation des points est faible. De nombreuses fonctions sont gérées manuellement, constituant une lourde charge administrative et augmentant le risque d'erreurs.

Le transfert du développement informatique de la direction des systèmes d'information de la CNAV à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) Sud-Est, chargée des systèmes d'information de la branche AT-MP, ne s'est achevé qu'en août 2025, soit huit ans après la décision de transférer le C2P à la CNAM. Un renfort par des prestataires est prévu jusqu'en 2026.

Au-delà du sujet informatique, le transfert du pilotage opérationnel à la CNAM en 2018 n'a pas conduit à attribuer de rôle dans le dispositif à sa commission compétente en matière de prévention des risques professionnels. En outre, le pilotage stratégique, qui a été confié à la direction de la sécurité sociale, n'a plus de caractère interministériel alors que l'usure professionnelle est fortement liée aux conditions de travail et qu'un effort de simplification et de sécurisation de l'utilisation des points pour financer une formation ou un congé de reconversion est indispensable.

2 - Peu de contrôles malgré des erreurs et des fraudes avérées

La complexité du C2P est à l'origine d'erreurs de bonne foi commises par des employeurs, mais également d'abus et de fraudes. Au risque de sous-déclaration dû à une méconnaissance du dispositif, s'ajoute un risque de sur-déclaration lié à sa complexité. Parmi les 206 000 contrats de travail déclarés en 2025 comme ayant exposé le salarié à deux facteurs de risque, 18 % font ainsi état d'une exposition à la fois au travail posté et au travail de nuit⁴⁷⁰, alors que l'un exclut l'autre la plupart du temps.

⁴⁷⁰ Source : GIP Modernisation des données sociales.

Outre ces erreurs, des fraudes ont été observées. Depuis que la cotisation finançant le C2P n'est plus fonction du nombre de salariés exposés, la sur-déclaration n'a plus d'impact financier direct sur l'employeur, qui peut, en fraudant, trouver le moyen d'avancer le départ à la retraite de salariés âgés. Une fraude facile à repérer est la déclaration d'expositions simultanées à plusieurs risques incompatibles. Il est donc nécessaire de mettre en place des contrôles automatisés sur les déclarations sociales nominatives pour les repérer.

Dès 2019, la CNAM a soulevé le risque de sur-déclaration et a proposé un plan de contrôle, qui n'a pas été validé par le ministère. Après la crise sanitaire, la direction de la sécurité sociale et la direction générale du travail ont affirmé leur volonté d'une mise en œuvre progressive de contrôles pouvant conduire à l'application de pénalités. Elles ont seulement déployé un plan de sensibilisation des entreprises, conduisant la Cour à recommander en 2022 de « *mettre en œuvre sans tarder un programme de contrôle du respect par les employeurs de leurs obligations relatives au C2P* »⁴⁷¹.

La convention d'objectifs et de gestion de la branche AT-MP 2023-2028 prévoyait la réalisation de 2 000 contrôles d'ici 2028, dont 400 en 2025. Cependant, seuls 174 ont été effectués en 2025. Ces contrôles portent sur une faible proportion (5,6 %) des entreprises déclarant des salariés exposés (36 100 en 2025).

La réglementation et la procédure prévues pour les contrôles les rendent longs à réaliser (en moyenne 2,4 jours par contrôle). Il s'agit pour l'essentiel de contrôles sur pièces, les agents assermentés des caisses ne se rendant sur place que s'ils ne reçoivent pas de réponse à leurs demandes de documents ou si le contrôle ne peut être effectué à distance. Un grand nombre de documents doit être vérifié alors que le nombre d'agents est réduit ; ce dernier devrait toutefois augmenter de 10 à 18 conseillers-enquêteurs d'ici 2028. La CNAM et le ministère du travail et des solidarités ont fait part à la Cour de leur intention de renforcer, de simplifier et d'automatiser les contrôles.

Quant à l'inspection du travail, elle n'est pas compétente pour contrôler le respect par les employeurs de leurs obligations en matière de C2P, mais elle pourrait être sensibilisée au fonctionnement du dispositif afin d'alerter les caisses en cas de manquement.

⁴⁷¹ Cour des comptes, *Les politiques publiques de prévention en santé au travail dans les entreprises*, 2022.

Le cadre juridique actuel du C2P ne prévoit ni les moyens d'investigation ni les sanctions adaptées pour lutter contre la fraude. La loi relative à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales, votée définitivement par l'Assemblée nationale et le Sénat le 11 mai 2026, donnera les moyens aux caisses d'« *objectiver leurs constats de faute, fraude et abus en élargissant le périmètre soumis au contrôle des agents et en rendant leurs constats opposables* ». Elle ajoute à l'agrément des agents de contrôle la capacité à constater les fraudes et d'instaurer des pénalités susceptibles d'être prononcées par les CARSAT.

II - Des incitations à la prévention insuffisantes

Les conditions d'utilisation du C2P témoignent de la volonté de privilégier les usages de ce compte en faveur de la prévention. En effet, les 20 premiers points sont réservés à la formation et à la reconversion. Toutefois, le recours du C2P à ces deux fins demeure limité, les points étant massivement utilisés par les assurés pour anticiper la cessation d'activité.

A - Une préférence des salariés pour les cessations anticipées d'activité

Plus de huit points de C2P sur dix mobilisés en 2025 ont été utilisés pour disposer de trimestres supplémentaires au titre de la retraite ou bénéficier d'un temps partiel. Insuffisamment encadré, ce dernier usage s'amplifie et s'apparente, dans certaines situations, à une cessation anticipée d'activité.

1 - Un usage prépondérant du C2P pour anticiper la retraite

Étant donné que les utilisations du C2P pour la retraite ou pour le temps partiel ne peuvent s'effectuer que par tranche de 10 points, seuls les assurés disposant d'au moins 30 points peuvent utiliser le C2P à l'une de ces deux fins. 71 % des dépenses de C2P correspondaient pourtant à la validation de trimestres pour la retraite en 2025. Les points utilisés pour cela se sont élevés à un peu moins de 160 000 sur un total de 225 000 points liquidés en 2025. 9 700 personnes sur 16 100 utilisateurs sont parties à la retraite en bénéficiant de ce dispositif, en moyenne à 62 ans contre 63,5 ans pour l'ensemble des assurés.

Cette modalité de départ reste cependant limitée au regard des autres dispositifs de retraite anticipée en vigueur dans le régime général⁴⁷². On dénombre en effet près de 120 000 liquidations annuelles au titre de l'invalidité, y compris l'incapacité, et 7 000 autres départs au titre de l'état de santé (handicap et incapacité). À cela s'ajoutent les 120 000 départs anticipés pour carrière longue, sans lien avec l'état de santé ni avec les conditions de travail.

Dix points de C2P permettent d'octroyer un trimestre pour la retraite. L'octroi de ces trimestres permet d'atteindre plus tôt le taux plein ou de réduire la décote, d'augmenter le niveau de la pension et d'anticiper à due concurrence, dans la limite de deux ans, l'âge de départ à la retraite. Il peut aussi permettre de satisfaire les conditions ouvrant le bénéfice de la retraite anticipée pour carrière longue ou de la retraite progressive⁴⁷³. La CNAV facture à la CNAM la valeur des points du dispositif C2P utilisé au titre des trimestres de retraite⁴⁷⁴.

2 - Un recours dynamique au temps partiel, parfois transformé en préretraite

Le bénéfice d'un passage à temps partiel implique une réduction du temps de travail de 20 % à 80 %, sur accord de l'employeur matérialisé par un avenant au contrat de travail. La durée de la période à temps partiel acquise dépend de la quotité de travail, soit 4 mois pour un mi-temps et 10 mois pour un temps partiel à 80 % par tranche de 10 points. En 2025, 18 % des dépenses de C2P finançaient la rémunération à temps plein de salariés à temps partiel, majoritairement en fin de carrière.

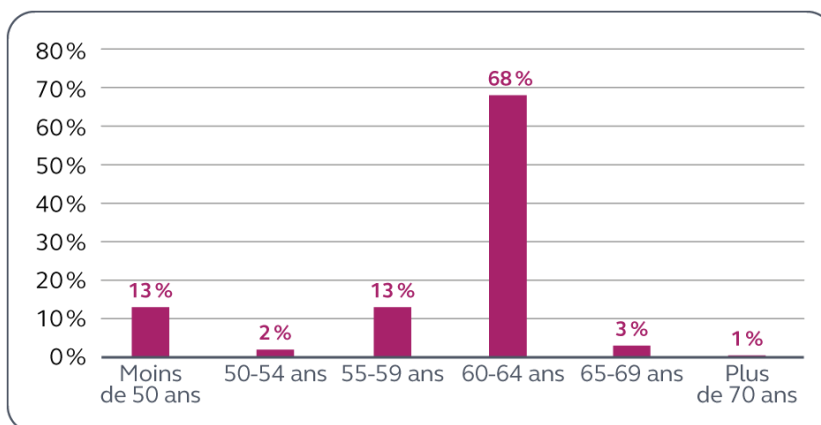
Il est possible de répartir la quotité de travail librement, par exemple pour un mi-temps de six mois, de travailler à plein temps pendant trois mois puis de ne pas travailler pendant trois mois. Un tel usage transforme le temps partiel en préretraite. Selon son nombre de points, le salarié peut cumuler une période de préretraite, puis de retraite anticipée, renforçant ainsi l'utilisation du C2P comme outil de réparation.

⁴⁷² En 2024, plus du tiers des départs à la retraite ont eu lieu de manière anticipée, avant l'âge d'ouverture des droits du droit commun.

⁴⁷³ La retraite progressive facilite la transition vers la retraite en donnant la possibilité de cumuler le revenu d'une activité professionnelle à temps partiel avec une fraction de sa pension de retraite.

⁴⁷⁴ Le calcul est réalisé selon les principes du rachat de trimestres, avec certaines hypothèses conventionnelles de simplification.

Graphique n° 28 : âge des salariés ayant bénéficié d'un temps partiel au titre du C2P en 2025

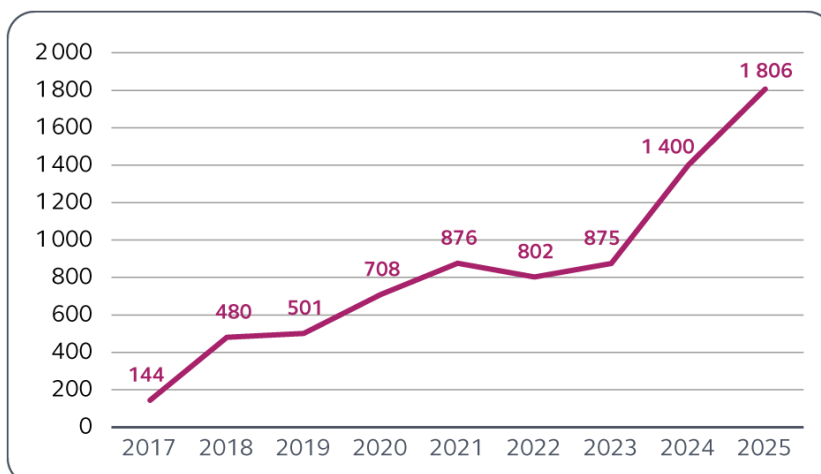


Note de lecture : parmi les salariés ayant bénéficié d'un temps partiel au titre du C2P en 2024, 52 % avaient entre 60 et 64 ans.

Source : données CNAM, calculs Cour des comptes

La réforme des retraites de 2023 a rendu le temps partiel plus avantageux en déplaçant le nombre de points pouvant être utilisés et en augmentant de trois à quatre mois à mi-temps la durée obtenue pour 10 points. Une augmentation de 60 % des usages du temps partiel a été constatée entre 2023 et 2024 (contre 40 % pour l'ensemble des usages).

Graphique n° 29 : nombre annuel de salariés ayant bénéficié d'un temps partiel au titre du C2P



Source : CNAVet CNAM

Un temps partiel qui ne réduit que faiblement l'exposition aux facteurs de risques, par exemple à 80 %, permet au salarié exposé de continuer à acquérir des points pour renouveler ce temps partiel. Paradoxalement, il ne lui est pas interdit d'effectuer des heures complémentaires, voire supplémentaires.

L'équipe chargée de la gestion du C2P au sein de la CARSAT Bretagne rembourse aux employeurs le coût du maintien de la rémunération à temps plein. Le calcul du salaire de référence et la vérification des bulletins de paie constituent une charge administrative lourde, qui représente environ les deux tiers de son activité.

Les frais de gestion du C2P

La gestion du C2P mobilise 13 équivalents-temps plein (ETP) à la CARSAT Bretagne, 4 à la CARSAT Centre-Ouest pour sa plateforme téléphonique et 4 autres, affectés au développement informatique au sein de la CARSAT Sud-Est. Dix conseillers-enquêteurs sont répartis dans autant de CARSAT différentes pour réaliser des contrôles. Cet effectif est resté constant depuis la création du dispositif de gestion par la CNAV. S'y ajoutent 5 ETP à la CNAM, soit un total de 36 ETP pour un coût proche de 2,5 M€ par an. Par ailleurs, la CNAV estime les dépenses liées au développement et à la maintenance du système d'information du C2P jusqu'en 2024 à 43 M€, soit en moyenne 4 M€ par an. Pour leur part, les dépenses de prestations informatiques externes de la CNAM se sont élevées à 380 000 € par an de 2022 à 2024, puis à 500 000 € en 2025.

Le coût de gestion du C2P s'établissait donc en 2024 à environ 6,9 M€ pour une dépense de 60 M€. Le ratio de frais de gestion (11,5 % en 2024) diminuera avec la montée en charge du C2P.

B - Des obstacles au développement de la prévention

Le développement de la prévention est entravé par des modalités de gestion complexes et le caractère non incitatif de la cotisation employeur.

1 - Un recours limité à la formation

Le C2P a permis à 4 155 salariés seulement de se former en 2025, pour une dépense de 4,3 M€. Les 20 premiers points sont réservés à la formation (sauf pour les personnes nées avant 1963) mais ils sont, en pratique, peu mobilisés. Les points non utilisés sont perdus. Le public visé, plutôt peu qualifié, peut être peu réceptif aux opportunités de formation ou de reconversion. En outre, 18 % des salariés bénéficiaires de points de C2P

sont nés à l'étranger, avec de possibles difficultés linguistiques à suivre une formation. Se former n'est utile que s'il est possible de trouver un nouvel emploi permettant de valoriser la formation suivie, ce qui n'est pas toujours aisé au niveau du bassin d'emploi local. Enfin, le compte personnel de formation (CPF) est un outil mieux connu des salariés et plus simple pour financer des formations, puisqu'il s'agit de son unique objet. Il est possible de convertir des points de C2P en abondement de CPF mais cette modalité semble mal connue et elle implique une procédure administrative complexe pour la validation de la formation et son paiement.

Du point de vue de la prévention, le recours aux points de C2P pour se former n'a pas prouvé son utilité dans tous les cas puisque toute formation peut être financée par ce biais, y compris celles sans aucune visée de réduction de la pénibilité de l'emploi.

2 - Des incertitudes sur l'avenir du FIPU

À sa création en 2023, le fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle (FIPU) a été doté d'une enveloppe de 1 Md€ sur cinq ans, issue des excédents de la branche AT-MP, pour financer, jusqu'à fin 2027, des actions de prévention des risques ergonomiques, qui ont été exclus du champ du C2P en 2017.

Les partenaires sociaux définissent chaque année la répartition du budget du FIPU entre les subventions aux entreprises (150 M€ en 2025), le financement des organismes de prévention (10 M€) et celui des projets de transition professionnelle (40 M€ à travers France compétences). La montée en charge du FIPU n'a permis de consommer que 30 % du budget alloué aux aides aux entreprises en 2024, 18 % du financement des organismes de prévention et 59 % de l'enveloppe finançant des congés de reconversion, soit une sous-consommation de 131 M€ en 2024. La sous-consommation n'a été que de 6 M€ en 2025 à la faveur d'une plus grande consommation du budget alloué aux entreprises (77 %). Les 167 M€ non consommés depuis 2023 ont été reportés sur l'exercice 2026.

Les taux de consommation sont en augmentation, même si la CNAM rencontre des difficultés structurelles pour utiliser la totalité des 200 M€ affectés au fonds chaque année. Il est probable que le milliard d'euros prévu pour le FIPU ne soit pas totalement consommé d'ici fin 2027. Se poserait alors la question d'une éventuelle prolongation du FIPU dans un contexte où la branche AT-MP serait devenue déficitaire.

Les difficultés pour consommer les crédits du FIPU s'expliquent de plusieurs manières.

Les aides financières sont allouées aux entreprises dans l'ordre d'arrivée des dossiers complets de demande. Elles sont majorées pour les entreprises des branches professionnelles ayant signé un accord *ad hoc* (seulement 13 accords de branche signés à fin 2025, couvrant 9,5 % des salariés du régime général). Chaque accord de branche comprend notamment une liste des métiers exposant particulièrement les salariés aux risques ergonomiques qui, selon les textes, doit être établie à partir d'une nomenclature commune arrêtée par la commission AT-MP de la CNAM.

**Une difficulté à établir des listes de métiers
en l'absence de nomenclature commune⁴⁷⁵**

Les partenaires sociaux sont divisés sur la nomenclature à utiliser pour établir les listes de métiers.

Dans un premier temps, deux d'entre elles ont été acceptées : d'une part, la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles des emplois salariés des employeurs (PCS-ESE), compatible avec la déclaration sociale nominative et utilisée par les services de prévention et de santé au travail ; d'autre part, le code de la nomenclature d'activités françaises, dite NAF, associé aux données de sinistralité de la CNAM en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Toutefois, le code NAF renvoie aux secteurs d'activité et non aux métiers.

La CNAM a engagé des travaux en vue de produire des données de sinistralité par métiers et non plus seulement par secteurs d'activité.

Par ailleurs, les subventions ne peuvent être demandées que sur le fondement d'une facture attestée payée, pour du matériel acheté neuf et livré ou pour une prestation achevée, et non sur devis. Cette procédure exclut la location et l'achat d'un matériel de seconde main. Elle conduit à des renoncements lorsque l'achat nécessite un emprunt bancaire sur devis.

En outre, les taux de prise en charge et les plafonds auxquels une entreprise est éligible sont complexes. Ils dépendent de plusieurs facteurs : l'effectif (renseigné par l'entreprise), la branche professionnelle et les programmes choisis (action de prévention, action de sensibilisation, aménagement de poste, salaire de préventeur⁴⁷⁶). Or, l'effectif de l'entreprise est parfois confondu avec celui de l'établissement qui adresse la demande.

⁴⁷⁵ Il n'existe pas de nomenclature obligatoire généralisée pour l'établissement des fiches de paie, ni pour les déclarations d'accident du travail.

⁴⁷⁶ Un préventeur est un expert en prévention des risques professionnels.

Le taux de rejet des dossiers de demande par les caisses est en baisse mais demeurerait élevé fin 2025 (36 %), avec des différences significatives d'une caisse à l'autre (25 % à 47 %). Certains motifs de rejet sont liés à la complexité de la procédure, en particulier les exigences techniques pour l'achat de matériel, dont le respect peut être apprécié diversement selon les caisses. Les demandes portant sur des achats antérieurs à l'année en cours sont également rejetées.

Enfin, le financement des organismes de prévention ne bénéficie qu'à l'organisme professionnel de prévention du BTP (OPPBTP), qui est le seul organisme existant. La branche associative sanitaire et sociale s'est engagée dans la création d'une structure du même type.

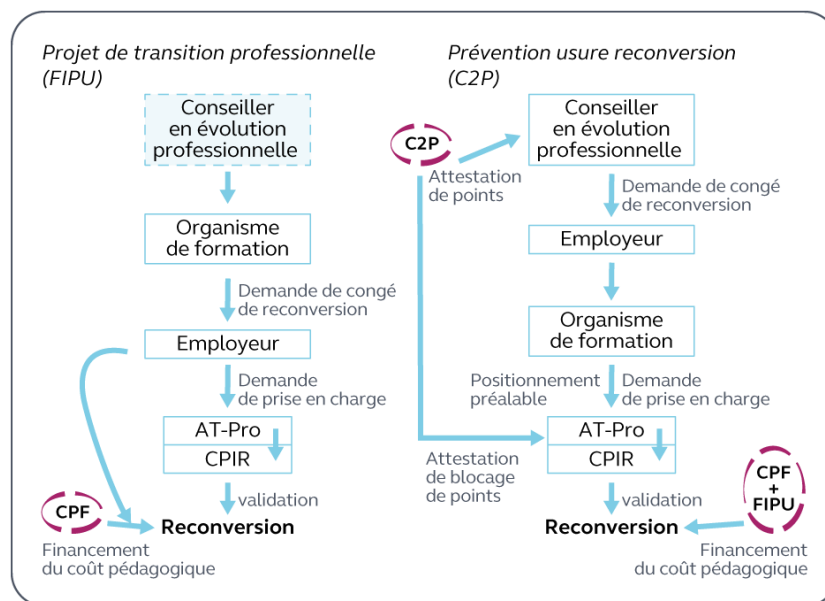
3 - Des reconversions d'une complexité décourageante

Depuis la réforme des retraites de 2023, les salariés exerçant des métiers pénibles ont la possibilité de se reconvertir en mobilisant plusieurs sources de financement. D'une part, les points de leur C2P peuvent financer une reconversion dans le cadre d'une formation longue de « prévention usure reconversion », à hauteur de 500 € par point. D'autre part, en cas d'exposition aux facteurs de risques ergonomiques, les salariés peuvent solliciter le bénéfice d'un projet de transition professionnelle. Le FIPU finance alors le congé de reconversion, les frais pédagogiques étant pris en charge par le compte personnel de formation (CPF).

Les procédures pour obtenir l'une de ces reconversions font intervenir un conseiller en évolution professionnelle (de façon obligatoire pour le C2P et optionnelle pour le FIPU) et l'association Transition Pro (AT-Pro) régionale. Celle-ci instruit le dossier et le transmet à la commission paritaire interprofessionnelle régionale (CPIR), qui prend la décision ou non d'accepter le congé de reconversion. Dans le cas du C2P, le dossier de demande doit comporter l'analyse des compétences détenues et restant à acquérir par le salarié, établie en amont par l'organisme de formation choisi pour adapter le parcours de formation à suivre. Le ministère du travail et des solidarités s'est montré favorable à une simplification.

La complexité des procédures, ainsi que la méconnaissance du dispositif, contribuent à expliquer le faible recours à ces dispositifs de reconversion : 798 demandes (dont 731 validées) pour le FIPU en 2024 et 302 demandes (dont 260 validées) pour le C2P. En 2025, le nombre de reconversions s'élève à 938. Toutefois, ces reconversions ne réduisent pas toujours la pénibilité à laquelle leurs bénéficiaires sont exposés parmi les métiers visés en 2024 figurent celui de conducteur de poids lourds ou de bus (8 %). Les conseillers en évolution professionnelle se réfèrent à des listes de métiers en tension, mais sont peu sensibilisés à la prévention de la pénibilité.

Schéma n° 5 : procédures de demande de reconversion financées par le FIPU et par le C2P



Source : France compétences

4 - Un financement par les employeurs qui a perdu son caractère incitatif en 2018

Les dépenses imputables au C2P sont financées par une majoration dite M4 des cotisations AT-MP versées par les employeurs, assise sur la masse salariale. Cette majoration a été instituée en 2011 pour financer la retraite anticipée pour incapacité permanente (RAIP), puis a été étendue en 2018 aux dépenses du C2P. Le C3P, qui préexistait au C2P de 2014 à 2017, était, quant à lui, financé par des cotisations spécifiques comprenant une cotisation de base payée par tous les employeurs et une cotisation additionnelle incitative, due uniquement par les employeurs de salariés exposés à des facteurs de pénibilité.

Depuis 2018, la majoration M4 est applicable à toutes les entreprises, même celles qui n'ont pas de salariés exposés. Cette mutualisation complète n'incite pas les employeurs à réduire la pénibilité. La majoration est calculée selon un taux uniforme, fixé annuellement par arrêté interministériel en vue de couvrir les dépenses de la RAIP et du C2P de l'année précédente. En 2025, son taux était de 0,03 %, pour un rendement estimé à 190 M€.

III - Revoir le dispositif pour en assurer la soutenabilité et l'équité

Les dépenses liées au C2P et au FIPU sont restées limitées jusqu'à présent mais elles vont augmenter rapidement dans les années à venir. Une révision en profondeur du dispositif est nécessaire afin d'aboutir à un système simple, prenant en compte l'ensemble des risques et financièrement soutenable.

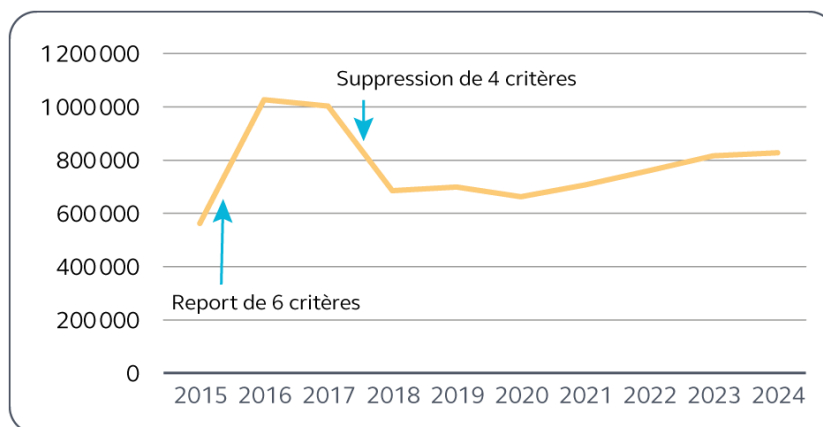
A - Un enjeu financier croissant

En raison de la jeunesse du dispositif, les dépenses liées à l'utilisation du C2P sont encore réduites. Elles devraient croître rapidement dans les années à venir, en raison de la montée en charge du dispositif et des modifications apportées par la réforme de 2023.

1 - Un coût pour l'instant limité, mais en rapide progression

Le nombre d'expositions a fortement varié entre 2015 et 2018 du fait de l'introduction différée de six facteurs de risques en 2016, puis de la suppression de quatre d'entre eux en 2017. L'effectif déclaré a repris sa progression après 2020, à un rythme plus soutenu dans les années les plus récentes. Près de 120 000 salariés supplémentaires ont été déclarés au titre d'une exposition ouvrant droit à des points de C2P entre 2021 et 2024 (+ 17 %). Cette évolution s'explique, notamment, par la hausse du nombre de personnes en emploi et par une amélioration de la connaissance du C2P par les employeurs. Elle peut aussi être mise en relation avec la modification du mode de financement du dispositif (cf. *supra*).

Graphique n° 30 : évolution du nombre d'expositions ayant conduit à l'attribution d'au moins un point



Note : un salarié est comptabilisé plusieurs fois s'il est exposé à plusieurs risques.

Source : données CNAV, calculs Cour des comptes

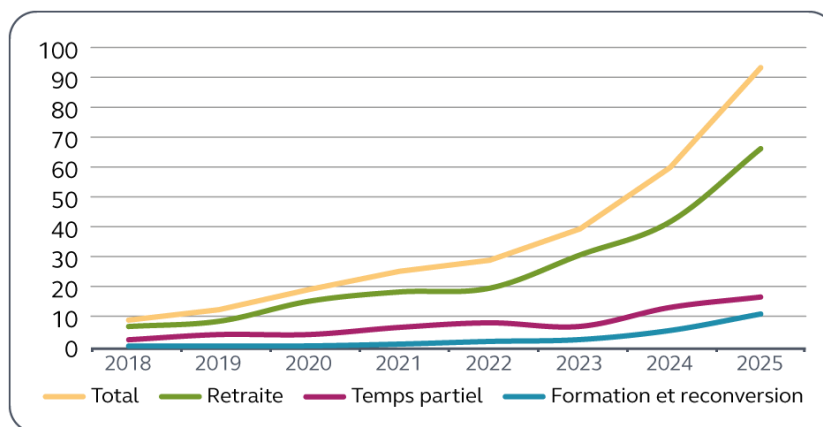
Au 31 décembre 2025, 2,3 millions de salariés disposaient d'un C2P doté de points. Le nombre total de points en stock atteignait près de 30 millions. Les assurés vont continuer à acquérir des points au fur et à mesure de la montée en charge du dispositif, au rythme de quatre points par an et par facteur de risque. En comptant les 20 points bloqués pour la formation, un salarié exposé à un seul facteur de risque depuis 2015 peut commencer à débloquer des points en vue de la retraite dès 2022 (un trimestre par tranche de 10 points) et pourra bénéficier de deux années d'anticipation dès 2040 ou plus tôt s'il est exposé à plusieurs facteurs.

Entre 2018 et 2025, les dépenses ont été multipliées par dix (neuf en tenant compte de l'inflation).

Une documentation budgétaire lacunaire

Aucun document budgétaire ne présente le détail des dépenses supportées par la branche AT-MP au titre du C2P. Le *rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale* pour la branche AT-MP ne comporte que des éléments statistiques factuels sur le C2P, mais aucun détail financier sur ses dépenses ni, plus globalement, sur les dépenses de prévention et de réparation de l'usure professionnelle.

Graphique n° 31 : dépenses assumées par la branche AT-MP au titre du C2P de 2018 à 2025 par types d'utilisation (en M€)



Source : calculs Cour des comptes d'après données CNAM

2 - Des charges accrues par la réforme des retraites de 2023

L'augmentation attendue du nombre de points de C2P débloqués à l'avenir est accentuée par certaines mesures de la réforme des retraites de 2023. Les seuils d'exposition permettant l'acquisition de points pour le travail de nuit et le travail posté, facteurs de risque majoritairement retenus, ont été abaissés respectivement de 120 à 100 nuits par an et de 50 à 30 jours. La fin de la limitation à deux de la prise en compte de plusieurs facteurs d'exposition et, dans une moindre mesure, la suppression du plafond total de 100 points concourent à accroître le nombre moyen de points que peut acquérir un salarié. Ce nombre est passé de 4,3 à 4,5 points par an entre 2022 et 2024.

Toutefois, plus encore que le nombre de points acquis, l'effet le plus massif de la réforme est le renchérissement de la valeur des points débloqués.

La loi a ainsi prévu la prise en compte des trimestres pour la retraite acquis à travers le C2P pour le calcul complet du montant de la pension, et pas uniquement pour la possibilité d'annuler la décote. Cette mesure augmente de 50 % le coût de chaque trimestre. Elle va par ailleurs rendre les trimestres de retraite plus intéressants pour les assurés, même pour ceux ne subissant pas de décote, et donc augmenter le recours aux points de C2P pour la retraite.

Par ailleurs, un point de C2P permet de financer 500 € de formation depuis septembre 2023, contre 375 € auparavant (+ 33 %). Il en va de même pour le temps partiel, les décrets d'application ayant augmenté de trois à quatre mois la durée de maintien du salaire (+ 33 % aussi).

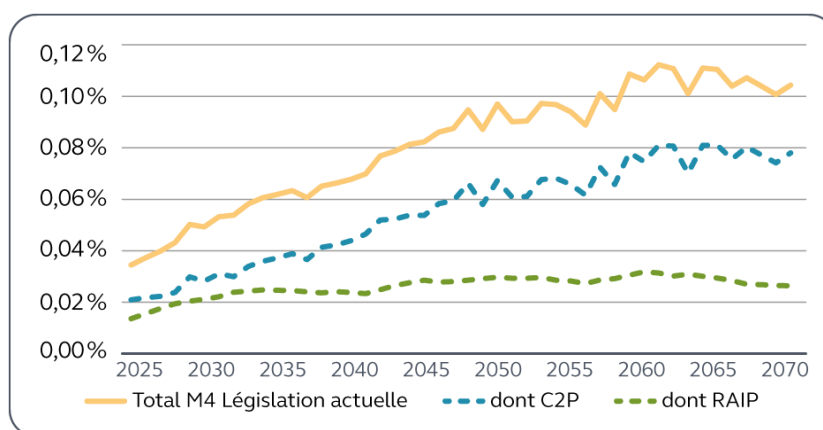
3 - Des charges futures non maîtrisées

À réglementation inchangée, le nombre de points de C2P accumulés continuerait à croître jusqu'en 2060 puis se stabiliserait à 57 millions, soit plus du double du niveau actuel selon les projections de la CNAV.

Entre 2030 et 2060, hors effet de l'inflation, les dépenses annuelles de C2P au titre de la retraite seraient multipliées par huit, quatre fois plus vite que celles dues au temps partiel, celles destinées à la formation étant supposées stables. Hors inflation, les dépenses annuelles supportées par la branche AT-MP au titre du C2P seraient multipliées par six d'ici 2070. Elles dépasseraient le milliard d'euros à compter de 2060.

Pour financer cette progression dynamique, ainsi que la charge de la retraite anticipée pour incapacité permanente, également financée par la majoration M4, le taux de cette cotisation d'équilibre⁴⁷⁷ passerait ainsi de 0,03 % à 0,11 % entre 2025 et 2060.

Graphique n° 32 : projection du taux de majoration M4 requis au titre du C2P et de la RAIP



Source : direction de la sécurité sociale, projections CNAV, calculs Cour des comptes

⁴⁷⁷ La majoration M4 est une composante de la cotisation totale acquittée par les employeurs à la branche AT-MP, dont le taux moyen s'est élevé à 2,08 % en 2025. Les règles actuelles ajustent la M4 pour que l'équilibre soit assuré.

Les projections de la CNAV, qui font état d'une augmentation importante des dépenses, reposent toutefois sur l'hypothèse que seule une partie minoritaire des points acquis sera liquidée, du fait des conditions posées à leur utilisation. Seuls 40 % des points accumulés seraient consommés, principalement parce que les bénéficiaires ne consommeraient pas les 20 points bloqués pour la formation et que les groupes de points de C2P ne constituant pas une tranche de 10 permettant leur conversion en trimestres de retraite ou en temps partiel seraient également perdus.

Tout desserrement des conditions d'utilisation des points pourrait donc accroître les dépenses, comme le montrent des tests de sensibilité, simulés par la CNAV à la demande de la Cour. Ainsi, la suppression de l'obligation de consacrer 20 points à la formation porterait les dépenses à plus de 2 Md€ et le taux de la majoration M4 à 0,19 %. Il en irait de même si l'obligation d'utiliser les points par tranche de 10 pour la retraite et le temps partiel était supprimée. Le cumul des deux mesures porterait le taux à 0,22 % en 2060 au lieu de 0,11 %.

Enfin, si les risques exclus en 2017 étaient réintégrés dans le C2P, à conditions d'utilisation inchangées, la CNAV a évalué à 140 000 le nombre de personnes supplémentaires exposées chaque année et à 100 000 le nombre de personnes déjà exposées qui seraient exposées à de nouveaux risques, augmentant ainsi leur nombre de points. La dépense s'élèverait alors à 1,8 Md€ en 2060 et la majoration M4 atteindrait 0,16 %. Il s'agit toutefois d'une hypothèse plancher, les estimations reposant sur les personnes déclarées exposées en 2016, dont le recensement avait été incomplet.

B - Un dispositif à revoir en profondeur

Le C2P exclut actuellement une partie des travailleurs exposés à l'usure professionnelle, principalement au titre des risques ergonomiques. Il remplit imparfaitement sa fonction d'outil de prévention de la pénibilité et ne permet pas de piloter la dépense annuelle. Une révision en profondeur du dispositif, englobant l'ensemble des facteurs de risques et sous contrainte d'équilibre financier, s'impose.

1 - Simplifier le dispositif et prendre en compte tous les risques

L'identification des salariés exposés devrait être simplifiée en la faisant reposer sur des listes de métiers et de conditions de travail comme le font la plupart des autres pays européens, permettant ainsi de prendre en

compte les risques ergonomiques⁴⁷⁸ et le risque chimique, exclus en 2017. L'employeur n'aurait qu'à déclarer les métiers pénibles exercés par ses salariés et certaines conditions de travail aisément identifiables telles que le travail de nuit (qu'il s'agisse ou non de travail posté) ou les températures extrêmes (notamment le travail en entrepôt frigorifique).

2 - Confier le pilotage aux partenaires sociaux, sous contrainte d'équilibre financier

L'usure professionnelle étant due aux conditions de travail et aux parcours professionnels, le pilotage des dispositifs de prévention et de réparation devrait être confié aux partenaires sociaux.

Ceux-ci seraient, en premier lieu, responsables de l'établissement de listes de métiers au sein des branches professionnelles, à l'image de celles contenues dans les accords de branche signés dans le cadre du FIPU ; à défaut, ces listes seraient établies, dans le régime général, par les comités techniques nationaux⁴⁷⁹ de la branche AT-MP et seraient validées par la commission AT-MP de la CNAM. Cela requiert, au préalable, le choix d'une nomenclature des métiers commune par les pouvoirs publics. Ces listes devraient être mises à jour régulièrement afin de tenir compte de l'évolution des métiers et des conditions de travail. En cas d'échec des négociations sur ces listes, celles-ci seraient établies par voie réglementaire sur le fondement de la sinistralité des AT-MP établie par la CNAM et de données épidémiologiques complémentaires.

En deuxième lieu, les partenaires sociaux détermineraient le niveau des cotisations acquittées par les employeurs et, par conséquent, en raison de la contrainte d'équilibre financier qui leur serait fixée, le budget annuel alloué à la prévention et à la réparation des risques d'usure professionnelle. Des taux pourraient être définis par les branches professionnelles, alimentant des fonds sectoriels ou interbranches sans pouvoir être inférieurs à des *minima* fixés par voie réglementaire. À défaut d'accord, des taux suffisamment élevés pour être dissuasifs s'appliqueraient.

Les partenaires sociaux seraient compétents pour décider de l'emploi de ce budget, en donnant la priorité à la prévention, et de la trajectoire des dépenses.

⁴⁷⁸ L'accumulation durable de contraintes liées à la manutention de charge lourdes ou, à des efforts physiques et posturaux peut engendrer à long terme une usure précoce ou une morbidité irréversible touchant l'appareil moteur.

⁴⁷⁹ Composés de partenaires sociaux, ils sont chargés de définir des priorités en matière de prévention et d'élaborer des recommandations par grand secteur d'activité.

3 - Donner la priorité à la prévention

L'exercice des métiers figurant sur les listes ainsi établies ou dans les conditions de travail mentionnées (travail de nuit, températures extrêmes, etc.) permettrait d'acquérir des points de C2P, mais ceux-ci n'ouvriraient plus de droits par eux-mêmes. Le nombre de points deviendrait un indicateur de l'exposition individuelle à la pénibilité, permettant aux acteurs de la prévention d'identifier aisément les salariés les plus exposés et de déterminer une priorité d'accès aux dispositifs négociés par les branches professionnelles.

Le nombre de points serait communiqué aux agents des CARSAT, aux services de prévention et de santé au travail, à l'inspection du travail et aux associations Transition Pro, afin de mieux cibler les actions de prévention des risques d'usure professionnelle. Le C2P contribuerait davantage à une gestion active des parcours professionnels des salariés exposés, notamment lors des entretiens professionnels de mi-carrière.

Les dispositifs négociés par les branches professionnelles mettraient en particulier l'accent sur la prévention⁴⁸⁰ : il pourrait s'agir de formations ciblées et de congés de reconversion pour gérer les secondes parties de carrière, du financement d'un organisme de prévention sectoriel ou d'aides aux entreprises pour l'achat d'équipements et de prestations. L'efficacité de ces dispositifs devrait faire l'objet d'évaluations régulières. L'accent mis sur la prévention n'exclurait pas la possibilité de mieux aménager les fins de carrière par des dispositifs tels que la retraite progressive avec surcotisation sur la base d'un temps plein, des rachats de trimestres pour éviter une décote, voire des cessations anticipées d'activité sous forme de congés de fin de carrière ou de départs anticipés à la retraite dans certains cas.

Enfin, le retour aux modalités de financement du C3P, combinant une cotisation due par l'ensemble des employeurs et une autre due par les seuls employeurs de salariés exposés du fait de leur métier ou de leurs conditions de travail, constituerait une incitation à réduire la pénibilité. Ce surcoût pour les employeurs déclarant des salariés au titre du C2P nécessiterait des contrôles réguliers visant à éviter le risque de sous-déclaration.

⁴⁸⁰ Comme le montre l'étude d'Eurofound de 2015 sur la comparaison des conditions de travail en Europe, citée dans le dossier de la séance du Conseil d'orientation des retraites de mars 2023 (*Une comparaison des conditions de travail en Europe*), le mauvais classement de la France en termes d'exposition des salariés aux facteurs de pénibilité montre qu'il existe des marges pour développer la prévention.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le compte professionnel de prévention (C2P) souffre d'une particulière instabilité, tant sur le plan réglementaire que sur le plan de la gestion. Ses évolutions ont accru sa complexité et ne lui ont pas permis de jouer pleinement son rôle en matière de prévention de l'usure professionnelle. Les discussions entre le Gouvernement et les partenaires sociaux n'ont à ce jour pas abouti à une refonte du dispositif, alors que l'engagement financier relatif à la prise en compte des salariés exposés aux risques ergonomiques arrive à échéance en décembre 2027.

Les dépenses restent à ce stade limitées mais sont appelées à croître fortement. La simplification et la sécurisation du C2P sont des objectifs à concilier avec l'impératif de maîtrise des dépenses futures. À moyen terme, le C2P pourrait évoluer vers un dispositif prenant en compte tous les facteurs d'usure professionnelle. Les partenaires sociaux pourraient jouer un rôle central dans son pilotage, dont l'objectif serait davantage orienté vers la prévention de la pénibilité et l'aménagement des secondes parties de carrière. La Cour formule les cinq recommandations suivantes, dont les quatre premières s'adressent au ministère du travail et des solidarités :

- 28. engager dès 2026 une négociation à l'échelle des branches professionnelles en vue d'établir une liste des métiers pénibles sur le fondement d'une nomenclature commune des métiers ;*
 - 29. faire évoluer le compte professionnel de prévention en prenant en compte l'ensemble des salariés exposés à un métier ou à des conditions de travail pénibles figurant sur une liste à établir et en réduisant la part des financements alloués à la réparation, au bénéfice de celle allouée à la prévention des risques ;*
 - 30. parallèlement, confier aux partenaires sociaux la gouvernance et le pilotage du C2P placé sous contrainte du strict respect d'un budget annuel limitatif défini par le produit des cotisations patronales ;*
 - 31. en 2027, instituer, au sein de la majoration (M4) de cotisation patronale finançant le C2P, une part modulée en fonction de l'exposition des salariés de l'entreprise aux risques d'usure professionnelle ;*
 - 32. dès 2026, automatiser les contrôles sur les déclarations d'exposition aux risques d'usure professionnelle (caisse nationale de l'assurance maladie, groupe d'intérêt public Modernisation des données sociales).*
-

Chapitre XI

La fréquence des réformes à la CNAF et à la CNAV : un défi pour la mise en œuvre et la qualité de service

PRÉSENTATION

La caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) gère le régime général d'assurance vieillesse. À ce titre, elle détermine le montant des pensions de retraite dues aux salariés et aux travailleurs indépendants et leur verse leurs pensions tous les mois. La caisse nationale des allocations familiales (CNAF) paie les prestations familiales pour le compte de la sécurité sociale mais aussi de nombreuses prestations de logement, de solidarité et de handicap, pour le compte de l'État et des départements. Ces deux caisses sont chargées de mettre en œuvre les réformes des dispositifs qu'elles gèrent, lesquelles ont été fréquentes ces dernières années, en particulier à la CNAF.

Pour accomplir leurs missions, les deux organismes s'appuient sur un réseau de caisses locales, respectivement les caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) et les caisses d'allocations familiales (CAF). Ces caisses locales assurent la relation avec les usagers pour déterminer leurs droits et leur verser les montants qui leur sont dus.

La Cour a évalué les perturbations sur la qualité du service rendu aux usagers provoquées par les réformes mises en œuvre par la CNAF et la CNAV entre 2014 et 2025. Elle en a déduit les conditions auxquelles ces caisses pourraient être plus efficaces dans l'application de ces réformes.

Les réformes, fréquentes et complexes, dégradent parfois la qualité de service et obèrent la capacité d'évolution des systèmes d'information de la CNAV et de la CNAF (I). Les délais de mise en œuvre devraient être mieux adaptés aux contraintes opérationnelles des deux organismes ; ceux-ci ont ajusté leur organisation pour devenir plus réactifs mais ils devraient aussi renforcer la relation avec les usagers (II).

Tableau n° 33 : les chiffres clés en 2024

	CNAV	CNAF
<i>Allocataires</i>	15,4 millions*	13,5 millions**
<i>Montant des prestations versées</i>	162,9 Md€	108,6 Md€
<i>Nombres de caisses du réseau</i>	21	101
<i>Salariés***</i>	13 894	34 059
Mesures nouvelles (2014-2025)	64	210

Source : Cour des comptes, à partir de données de la CNAV et de la CNAF

Notes : * pensions de droit direct et de réversion,

** couvrant, avec leur famille, 32 millions de personnes,

*** exprimé en équivalent temps plein et en moyenne annuelle.

I - Des difficultés de mise en œuvre des réformes dues à leur fréquence et à leur complexité

Le nombre important de réformes, parfois complexes à mettre en œuvre, peut conduire à dégrader la qualité de service auprès des usagers et à retarder l'évolution, pourtant urgente, des systèmes d'information.

A - Des réformes qui se succèdent à un rythme soutenu

Les mesures nouvelles, souvent regroupées en réformes d'envergure, conduisent à des modifications fréquentes des règles de fonctionnement, en particulier à la CNAF.

1 - Des réformes nombreuses, surtout à la CNAF

Sur la période examinée, hormis les revalorisations annuelles des prestations, 64 mesures à la CNAV et 210 à la CNAF ont créé ou modifié des règles de calcul ou d'attribution de prestations. Plus rarement, elles ont rendu nécessaires des modifications d'organisation. Pour la CNAV, cela a été le cas lors de la création du compte personnel retraite en 2016, de la mise en œuvre de la liquidation unique des régimes alignés en 2017 ou de l'intégration du régime social des indépendants en 2020. Pour la CNAF, cela a été le cas quand certains versements ont été limités aux seuls comptes bancaires de l'Union européenne en 2023.

Ces mesures, législatives ou réglementaires, ont été motivées par des préoccupations financières, des objectifs d'équité entre catégories d'assurés, ou encore des considérations sociétales, comme l'interdiction du bénéfice de la pension de réversion pour un conjoint condamné pour violences conjugales ou le versement d'une aide d'urgence aux victimes de ces violences. Certaines créent une nouvelle prestation, comme le Pass colo⁴⁸¹ en 2024, ou une nouvelle mission, comme l'intermédiation financière des pensions alimentaires à partir de 2017.

Les mesures peuvent s'inscrire dans le cadre de réformes d'envergure, comme les réformes des retraites, ou être prises isolément comme les revalorisations différenciées des pensions en 2014 et en 2020, les trois aides de solidarité gérées par la CNAF pendant la crise sanitaire en 2020⁴⁸² ou l'indemnité inflation versée par les deux réseaux en 2022.

2 - Des réformes d'ampleurs diverses et fréquentes à la CNAF, plus espacées mais comportant davantage de mesures à la CNAV

La plupart des mesures concernant la CNAV sont issues des réformes des retraites de 2014 (22 mesures) et de 2023 (29 mesures). Elles ont principalement modifié les règles de calcul des droits des nouveaux retraités.

Concernant la CNAF, les réformes ont été de moindre ampleur mais elles se sont succédé presque chaque année. La CNAF assure désormais 27 prestations, qui ont donné lieu, en 2024, à 370 millions de calculs et recalculs liés à des changements de situation des allocataires. Parmi les réformes menées à la CNAF, 17 ont eu des conséquences importantes.

Réformes d'envergure mises en œuvre par la CNAF depuis 2014

Dans le champ de la famille : mise en place de la prestation partagée d'éducation de l'enfant (2015), modulation des allocations familiales selon les revenus (2015), réforme du complément de libre choix du mode de garde (en 2019 et en 2025), intermédiation financière des pensions alimentaires (2017-2023), aide universelle d'urgence pour les victimes de violences conjugales (2023), service public de la petite enfance (2025).

⁴⁸¹ Aide de 200 € à 350 € pour colonies de vacances des enfants de 11 ans.

⁴⁸² Aide exceptionnelle de solidarité pour les plus modestes, aide spécifique pour les crèches fermées, aide individuelle d'urgence.

Dans le champ de l'insertion : création de la prime d'activité (2016), réforme des minima sociaux (2017), réforme de la prime d'activité (bonus individuel, 2019), solidarité à la source (2025), réforme du revenu de solidarité active (rattachement à France Travail, 2025).

Dans le champ du logement : réduction du loyer de solidarité (2018), réforme des aides au logement (2021), gestion des impayés de loyer (à mettre en œuvre en 2027).

Dans le champ du handicap : allocation journalière du proche aidant (2020 puis 2025), déconjugalisation de l'allocation adulte handicapé (2023).

Les réformes ont été engagées par divers ministères (affaires sociales, jeunesse, logement, justice) qui n'ont pas toujours coordonné leurs demandes. Elles ont fréquemment nécessité des concertations avec des collectivités territoriales ou avec des partenaires (Pajemploi⁴⁸³, France Travail, etc.).

Les conventions d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et les organismes de sécurité sociale, qui établissent, tous les cinq ans, leurs objectifs et leurs moyens budgétaires, intègrent, dans la mesure du possible, la mise en œuvre des réformes. Ainsi, la COG de la CNAV pour la période 2023-2027 avait anticipé la mise en œuvre de la réforme des retraites en prévoyant, dès 2023 et 2024, des renforts en effectifs pour accompagner son déploiement. Toutefois, les COG de la CNAF et de la CNAV n'ont pas intégré une partie des réformes d'envergure, intervenues ou annoncées postérieurement à leur signature⁴⁸⁴. Cela prive les deux organismes d'une capacité d'anticipation et de fixation sereine de leurs objectifs et de leurs moyens.

B - Des réformes parfois complexes à appliquer

La complexité opérationnelle d'une mesure nouvelle tient à la difficulté de disposer des données nécessaires au calcul de la prestation, aux modalités de ce calcul et à ses conditions de transposition informatiques et juridiques. À la CNAF, s'y ajoute la diversité des bases ressources servant à déterminer les diverses prestations.

⁴⁸³ Service de l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF), Pajemploi reçoit les demandes de complément de libre choix du mode de garde et en calcule le montant, qui est transmis aux CAF pour paiement.

⁴⁸⁴ Il s'agit de mesures souvent adoptées par amendement parlementaire, telle la déconjugalisation de l'allocation pour personnes handicapées, ou la suppression de la pension de réversion pour les conjoints condamnés pour violences conjugales.

1 - Des données difficiles à obtenir

La CNAV et la CNAF ont besoin de données dont elles ne disposent pas en propre pour ouvrir le droit à certaines prestations ou en calculer le montant. Provenant du secteur social ou d'autres origines, le nombre de ces données a été étendu par les réformes récentes.

Pour la CNAV, le minimum contributif⁴⁸⁵, réformé en 2023, mobilise les données de plusieurs régimes de retraite afin de calculer la durée d'assurance ou le montant de la pension « tous régimes ». Or, les outils d'échange de données entre régimes de retraite présentent des limites : le répertoire de gestion des carrières unique, qui centralise les données de carrière des assurés, ne couvre que 80 % des retraités ; l'échange inter-régimes de retraite, qui stocke l'ensemble des pensions, pâtit d'un rythme d'alimentation irrégulier par les régimes.

La difficulté est accrue lorsqu'une mesure nécessite des données en dehors de la sphère des retraites. Cela a été le cas pour une réforme appliquée en 2020, consistant à ne plus verser la pension de réversion aux auteurs de violences conjugales, peine complémentaire d'une condamnation pour violences conjugales⁴⁸⁶, ou pour une disposition de la réforme des retraites de 2023, qui a prévu que la majoration de pension au titre de l'éducation des enfants ne serait plus versée en cas de retrait de l'autorité parentale. La mise en œuvre de ces mesures requerrait la réception d'informations provenant des tribunaux judiciaires. La CNAV a tardé à les appliquer car le numéro de sécurité sociale ne figure pas dans les décisions juridictionnelles.

Les réformes récentes mises en œuvre par la CNAF ont reposé sur un accès accru à des données détenues par d'autres acteurs, du secteur social et en dehors, pour déterminer les ressources des allocataires (employeurs, France Travail) ou pour identifier le fait générateur ouvrant droit à prestation, comme les informations fournies par les maisons départementales des personnes handicapées pour l'allocation adulte handicapé. Il en résulte une complexité opérationnelle avec des risques de rupture dans la chaîne d'instruction des dossiers.

⁴⁸⁵ Dispositif qui garantit une pension de retraite minimale sous certaines conditions, voir chapitre IX du présent rapport, « Les petites pensions de retraite : des revalorisations ciblées, mal maîtrisées ».

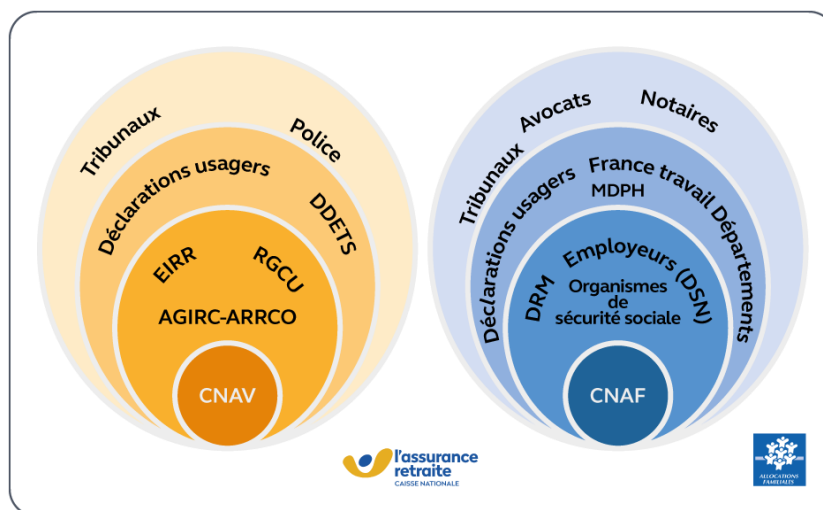
⁴⁸⁶ Issu d'un amendement parlementaire à la loi n° 2019-1480 du 28 décembre 2019 visant à agir contre les violences au sein de la famille.

La généralisation, en 2022, de l'intermédiation des pensions alimentaires⁴⁸⁷ illustre les difficultés liées à l'accès aux données. La transmission aux CAF des jugements de divorce par les tribunaux judiciaires reste incomplète et hétérogène selon les juridictions. Les notaires et avocats, concernés en cas de divorce par consentement mutuel, de rupture de pacte civil de solidarité (PACS) et d'union libre, sont peu mobilisés. L'Agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires, service spécialisé de la CNAF, a pourtant développé une interface numérique, par le biais de laquelle, depuis le 1^{er} janvier 2021, les greffes des tribunaux doivent lui transmettre, dans un délai de sept jours, un extrait de la décision du juge ou la convention homologuée fixant le montant de la pension alimentaire, ainsi que les éléments nécessaires à la mise en œuvre de l'intermédiation financière. Le déploiement complet de ce dispositif reste tributaire de la mobilisation, incertaine, des juridictions, des avocats et des notaires.

Dans le cadre de la réforme du revenu de solidarité active (RSA), entrée en vigueur en 2025, la coordination entre la CNAF, France Travail et les départements doit s'appuyer sur une nouvelle plateforme d'échanges de données opérée par France Travail. Grâce à l'interconnexion des systèmes d'information, ce dispositif autorisera l'inscription automatique des bénéficiaires du RSA à France Travail et pourra conduire à suspendre des versements de RSA par les CAF à des allocataires n'ayant pas respecté des règles de recherche d'emploi ou de reconversion. Toutefois, sa mise en place, initialement prévue début 2025, restait toujours incomplète à fin 2025.

⁴⁸⁷ Cour des comptes : « Le service public des pensions alimentaires : une montée en charge rapide, une qualité de service en deçà des attentes », *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre XII, mai 2025.

Schéma n° 6 : les principaux fournisseurs de données de la CNAV et de la CNAF, selon leur proximité de la sphère sociale



Note de lecture : les couleurs sont d'autant plus claires que les fournisseurs sont plus éloignés de la sphère sociale.

Pour la CNAV : DDETS : directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités ; EIRR : échange inter-régimes de retraite ; RGCU : répertoire de gestion de carrières unique. Pour la CNAF : DGFIP : direction générale des finances publiques ; DRM : dispositif de ressources mensuelles ; DSN : déclaration sociale nominative ; MDPH : maisons départementales des personnes handicapées.

Source : Cour des comptes

2 - Des modes de calcul parfois trop complexes

En matière de retraite, la revalorisation différenciée de 2020 et la majoration exceptionnelle des petites pensions de 2023 ont cumulé les difficultés : nécessité de données extérieures aux référentiels de la CNAV, délais courts de mise en œuvre et complexité des règles de calcul.

La revalorisation différenciée des pensions comportait cinq taux de revalorisation, applicables à des tranches de revenu mensuel parfois proches⁴⁸⁸. Les taux ont été appliqués en février 2020, avec des ajustements intervenus en mai 2020. À chaque vague de traitement, le taux applicable a été recalculé selon les nouveaux éléments figurant dans le dispositif de ressources mensuelles et retransmis à l'ensemble des régimes pour une application rétroactive à compter de janvier 2020. Ceci a engendré des

⁴⁸⁸ Le taux était de 1 % pour les pensions mensuelles brutes inférieures à 2 000 €, de 0,8 % entre 2 000 et 2 008 €, de 0,6 % entre 2 008 et 2 012 €, de 0,4 % entre 2 012 et 2 014 € et de 0,3 % au-delà.

rappels de paiement, quand les versements initiaux étaient insuffisants, et des indus, quand les versements initiaux étaient injustifiés, ainsi que des réclamations de la part des assurés.

La majoration exceptionnelle des petites pensions a été la mesure de la réforme des retraites de 2023 la plus complexe à mettre en œuvre.

**La majoration exceptionnelle des petites pensions en 2023 :
un cumul de complexité et de dysfonctionnements⁴⁸⁹**

La réforme des retraites de 2023 attribue une majoration exceptionnelle de pension aux anciens salariés du secteur privé et anciens artisans et commerçants bénéficiant d'une retraite à taux plein avant le 1^{er} septembre 2023.

Elle est réservée à ceux qui ont cotisé au moins 120 trimestres, ce qui nécessite de rechercher le nombre de trimestres cotisés dans les données, parfois anciennes, de l'ensemble des régimes de base dont relève le retraité, les informations n'étant pas nécessairement reprises dans le répertoire de gestion des carrières unique.

Le calcul de la majoration est assujéti à un double écrêtement. Le montant de la pension tous régimes, y compris la majoration, ne doit pas excéder un plafond réglementaire, ce qui oblige à consulter l'échange inter-régimes de retraite que tous les régimes n'alimentent pas régulièrement.

Ces difficultés d'accès aux données ont conduit la CNAV à verser cette majoration en plusieurs vagues, entre septembre 2023 et octobre 2025, à près de 1 300 000 retraités, et se sont traduites par des trop-versés.

Le souci de limiter le nombre de perdants d'une réforme peut en compliquer la mise en œuvre. Lors de la réforme des aides au logement de 2021 qui prend désormais en compte les ressources des douze derniers mois⁴⁹⁰, le montant de l'aide versée avant réforme a été maintenu transitoirement pour certains ménages fragiles (parmi lesquels les étudiants salariés, chômeurs et retraités), qui pouvaient être pénalisés. En raison de cette disposition, plus de trois millions de saisies de données ont été nécessaires en dehors du système d'information central de la CNAF en 2021.

⁴⁸⁹ Voir chapitre IX du présent rapport, déjà cité.

⁴⁹⁰ Auparavant, le montant de l'aide prenait en compte les revenus d'il y a deux ans.

3 - Des difficultés techniques, informatiques et juridiques

Les évolutions informatiques liées aux changements réglementaires sont dites paramétriques lorsqu'elles s'appliquent à une population déjà connue et changent la valeur d'un paramètre ou modifient certains aspects d'une règle de gestion déjà existante. Par exemple, la réforme des retraites de 2023 a reporté l'âge légal de départ à la retraite de 62 à 64 ans. Une évolution informatique est dite spécifique si elle nécessite de créer, de modifier substantiellement, ou de supprimer une règle de gestion. Les évolutions paramétriques peuvent être réalisées rapidement mais, pour les évolutions spécifiques le développement et les tests peuvent durer jusqu'à dix-huit mois selon la CNAF.

Outre ces opérations informatiques, certaines mesures exigent des clarifications juridiques. Lors de la refonte du cumul emploi-retraite en 2023, une circulaire a dû préciser les conditions d'obtention d'une seconde pension en cas de reprise d'un emploi chez le même employeur⁴⁹¹. Le complément de libre choix du mode de garde a été créé en 2004 mais la clarification des règles de sa répartition entre les parents en cas de résidence alternée a dû attendre la réforme de 2025.

La mise en œuvre d'une réforme issue de la loi dépend de la publication de ses décrets d'application. Dans leur attente, la disposition de la réforme de 2023, issue d'un amendement parlementaire, octroyant des trimestres supplémentaires de retraite aux sapeurs-pompiers volontaires, n'est toujours pas appliquée ; le gouvernement s'est engagé à publier le décret pour une mise en œuvre en 2026.

Au-delà de ces difficultés de mise en œuvre communes aux deux caisses nationales, la CNAF doit gérer les différences de base ressources⁴⁹² des prestations qu'elle gère. Celles-ci ont été construites progressivement autour d'objectifs distincts (soutien aux familles, solidarité, aide au logement, appui aux personnes handicapées), avec des différences dans les revenus considérés, les périodes de référence et les règles de prise en compte⁴⁹³. Les aides au logement reposent ainsi toujours sur les revenus de l'année n-2 pour certains travailleurs non-salariés et pour les revenus du

⁴⁹¹ Cour des comptes : « Le cumul emploi-retraite : un coût élevé, une cohérence à établir », *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre VII, mai 2025.

⁴⁹² La base ressources regroupe les ressources prises en compte pour le calcul d'une prestation.

⁴⁹³ Cour des comptes : « Les prestations sociales versées en fonction des ressources de leurs bénéficiaires : simplifier pour mieux gérer », *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre IX, octobre 2022.

capital ; le revenu de solidarité active et la prime d'activité sur des ressources trimestrielles ; l'aide d'urgence pour les victimes de violences conjugales⁴⁹⁴ sur les revenus mensuels.

Cette situation complique les démarches des allocataires et leur traitement par les CAF, avec une moindre fiabilité des données et des risques accrus d'indus et de fraudes⁴⁹⁵.

L'harmonisation des bases-ressources, qui simplifierait les démarches des usagers et le travail de contrôle des caisses locales, se heurte toutefois à des obstacles informatiques, des risques de surcoût pour les finances sociales ou de baisse de ressources pour des ménages modestes cumulant plusieurs prestations. Sur le plan juridique, elle suppose de nombreuses modifications réglementaires et une importante coordination interministérielle.

Ces difficultés ont conduit à la suspension du projet de revenu universel d'activité, lancé en 2019 pour fusionner plusieurs prestations. La création d'une allocation de solidarité unifiée harmonisant les bases ressources de la prime d'activité, du revenu de solidarité active et des aides personnelles au logement est désormais envisagée par le Gouvernement d'ici 2030 si le projet de loi annoncé pour le printemps 2026 est déposé.

C - Des conséquences dommageables pour les systèmes d'information et la qualité du service aux usagers

La mise en œuvre des mesures nouvelles retarde la nécessaire et urgente refonte des systèmes d'information et peut conduire à dégrader la qualité du service aux usagers, notamment le versement à bon droit des prestations.

1 - Des systèmes d'information sous tension, appelant une refonte urgente

Les systèmes d'information de la CNAV et de la CNAF sont anciens. *Cristal*, l'applicatif central de la CNAF, a été déployé en 1998, avec un langage devenu obsolète, et *l'Outil retraite*, l'applicatif central de la CNAV, conçu dans les années 1990, date de 2003. Leurs capacités d'évolution sont limitées alors que, sous l'effet des réformes, les prestations servies se sont

⁴⁹⁴ Elle permet, depuis 2023, d'apporter une aide dans les trois jours aux victimes.

⁴⁹⁵ Conseil d'État, étude réalisée à la demande du Premier ministre : *Les conditions de ressources dans les politiques sociales : plus de simplicité, plus de cohérence*, novembre 2021.

diversifiées et les interactions avec d'autres systèmes d'information se sont multipliées. Le système d'information de la CNAF assure le paiement mensuel des prestations à 13,5 millions d'allocataires, mais la capacité de stockage des bases de données est sous-dimensionnée par rapport au volume de données que doit traiter l'organisme, ce qui provoque des ralentissements, voire des interruptions de traitement.

Ces fragilités ont conduit les deux organismes à ne pas traiter, ou seulement partiellement, certaines mesures nouvelles dans leurs systèmes d'information centraux.

À la CNAF, pour la réforme de l'intermédiation financière des pensions alimentaires à partir de 2017, les limites de *Cristal* et la volonté politique d'une mise en œuvre rapide ont conduit à développer un système d'information *ad hoc*. L'extension du périmètre de la réforme, achevée en 2023, nécessite toutefois de réorganiser ce système d'information et de le reconnecter au système central, pour un coût estimé à 10,5 M€. Avant cela, les difficultés avaient été déjà très importantes pour la réforme de l'aide au logement, en 2021.

Un choix informatique difficile à assumer par la CNAF lors de la réforme des aides au logement en 2021

L'objectif de la réforme était de calculer les aides personnelles au logement de 5,8 millions d'allocataires, non plus à partir de l'avis d'imposition des revenus de l'année n-2, fourni tous les 12 mois, mais en récupérant les données des mois m-2 à m-13 du dispositif de ressources mensuelles⁴⁹⁶. Celui-ci, à peine lancé, prenait toutefois mal en compte certains des revenus qu'il centralisait ou qui devaient désormais être déclarés par les allocataires⁴⁹⁷.

Parallèlement, craignant que son système d'information *Cristal* ne puisse absorber les effets de la réforme, la CNAF a refondé son organisation informatique : les droits devaient être désormais calculés par un nouveau système d'information, ayant vocation à être étendu à toutes les prestations, tandis que le paiement des prestations devait rester dans *Cristal*. Les problèmes d'interface entre les deux systèmes ont provoqué des retards et des erreurs de liquidation pendant près de dix-huit mois. La recherche des économies budgétaires attendues de la réforme (1,3 Md€ par an) avait conduit à mettre en œuvre celle-ci alors que des anomalies subsistaient encore après plusieurs reports.

⁴⁹⁶ Le dispositif de ressources mensuelles centralise les informations déclarées *via* la déclaration sociale nominative et le prélèvement à la source pour les autres revenus.

⁴⁹⁷ Les ressources des travailleurs indépendants en activité depuis moins de deux ans, les pensions alimentaires, les frais professionnels, les salaires perçus à l'étranger.

Le projet a été lancé sans une évaluation suffisante de sa complexité. Il cumulait trois chantiers : le déploiement du dispositif de ressources mensuelles, celui du nouveau système d'information et la modification du recueil des ressources. La coordination avec le ministère du logement a été délicate, celui-ci ne disposant pas des compétences requises malgré le recours à des prestataires.

Pour plusieurs réformes, afin de contourner les difficultés informatiques, le choix a été fait de traiter les opérations de calcul des prestations par des « calculatrices » sous Excel, en dehors des systèmes d'information. Il en existe 27 à la CNAV et 37 à la CNAF⁴⁹⁸. Les résultats des calculs sont ensuite reportés manuellement dans le système d'information central afin de compléter le dossier des bénéficiaires et de liquider les prestations. Ces procédures allongent les temps de saisie, engendrent des coûts de gestion et augmentent les risques d'erreur. Elles sont contrôlées par les caisses locales de manière exhaustive à la CNAV, mais seulement à hauteur de 90 % à la CNAF.

À la CNAF, des calculatrices ont été utilisées pour mettre en œuvre la réforme des aides au logement précitée et pour la création de l'aide universelle aux personnes victimes de violences conjugales en 2023.

À la CNAV, il en est allé de même pour l'attribution aux orphelins de moins de 21 ans d'une fraction de la pension qu'aurait perçue chacun de leurs parents, à la suite de la réforme des retraites de 2023 ou pour la prise en compte des trimestres de pénibilité ou des indemnités journalières de maternité dans le calcul des pensions pour les enfants nés avant 2012. En avril 2025, 12 des 36 mesures de la réforme de 2023 n'étaient pas intégrées dans *l'Outil retraite* et faisaient l'objet de traitements manuels ou de contournement informatiques.

Dans ce contexte, la CNAV et la CNAF ont pris du retard pour réduire les inefficiences résultant de l'obsolescence de leurs outils, et ont développé des solutions temporaires et imparfaites, faute de temps. La CNAV estime à 30 M€ les moyens qu'elle peut consacrer à la réduction de sa « dette technique » entre 2023 et 2027. Aucune des deux caisses ne sait estimer le coût de sa résorption complète.

Les réformes mobilisent environ la moitié des capacités informatiques allouées à la modernisation des systèmes d'information. À la CNAV, la mise en œuvre de la réforme des retraites de 2023 a conduit à reporter une centaine de projets. La fréquence des réformes conduit en définitive, à la CNAV comme à la CNAF, à un enchaînement contre-

⁴⁹⁸ Certaines calculatrices ne concernent que de faibles effectifs.

productif : elle retarde la modernisation des systèmes d'information et augmente la dette technique, qui elle-même ralentit la mise en œuvre des réformes.

La CNAV a engagé en 2020 une transformation de son système d'information qui devait durer une dizaine d'années. Elle accuse toutefois du retard dans la mise en œuvre de cette transformation.

La CNAF a encore plus de retard. Après la tentative de création d'un nouveau système d'information lors de la réforme des aides au logement en 2021, elle peine à reprendre ses travaux. En 2025, une réflexion sur une nouvelle stratégie informatique a été engagée mais ses orientations ne sont toujours pas arrêtées, notamment pour résorber sa dette technique. Elle est pourtant indispensable pour pouvoir mettre en œuvre une trajectoire de refonte du système d'information dans le cadre de la prochaine convention d'objectifs et de gestion 2028-2032.

2 - Une dégradation de la qualité de traitement des prestations concomitante à certaines réformes

La mise en application de certaines réformes a conduit à allonger les délais de traitement des prestations concernées. Cela a été le cas de la réforme de 2018 du complément de libre choix du mode de garde, de la mise en œuvre en 2023 de la majoration exceptionnelle des petites pensions⁴⁹⁹ ou encore de la généralisation de la solidarité à la source entre mars et juin 2025⁵⁰⁰.

En perturbant les circuits d'instruction, une mesure nouvelle peut aussi allonger les délais de traitement d'autres prestations que celles qui font l'objet de la réforme, même si le lien de causalité avec l'augmentation constatée des délais n'est pas toujours aisé à établir. Le stock de dossiers en attente de traitement dans les CAF a ainsi atteint un record de 5,5 millions à l'automne 2022 alors que la barre des 4 millions n'avait été franchie que trois fois dans les dix années précédentes. Cette date coïncide avec la crise de production due à la mise en œuvre de la réforme des aides au logement. Pour les CARSAT, le nombre de retards de notification – donc de versement – des pensions, deux mois après la date d'entrée en jouissance de la retraite, est passé, dans le contexte de mise en œuvre de la réforme de 2023, de 25 300 en 2023 à 28 235 en 2024.

⁴⁹⁹ Cf. l'encadré au I. B.2.

⁵⁰⁰ À la CAF de la Charente, le délai de traitement des déclarations trimestrielles en mars 2025 a été sept fois supérieur à la normale, en raison des anomalies constatées et de la nécessité de réactualiser les déclarations des allocataires.

En général, les délais de traitement reviennent à la normale après une dégradation temporaire. Dans les CAF, le délai moyen de traitement des demandes de minima sociaux est redescendu à 12,1 jours en 2024, après avoir atteint 14,2 jours en 2023, année de la déconjugalisation de l'allocation adulte handicapé. La réforme des retraites de 2023 semble avoir perturbé plus longuement la trajectoire, orientée à la hausse depuis 2018, de la part des pensions de droit direct notifiées avant la retraite, laquelle est redescendue, en 2023 et 2024, au niveau bas de 2018⁵⁰¹.

La fiabilité du calcul des prestations peut également se dégrader lors de la mise en œuvre des réformes, comme ce fut le cas à la CNAF pendant les deux années ayant suivi la réforme des aides au logement de 2021⁵⁰².

L'évolution des indus, c'est-à-dire des paiements injustifiés que la caisse a repérés et qu'elle doit récupérer auprès des allocataires, constitue un autre indicateur de l'exactitude du calcul des prestations. À la CNAF, les indus résiduels⁵⁰³ ont fortement augmenté après la mise en œuvre de réformes : ils ont crû de 67 % en 2020 au titre de la prime d'activité, après la refonte en 2019, en partie en raison d'un effet volume, et de 31 % au titre des aides au logement en 2021 lors de la réforme de celles-ci. À la CNAV, des indus ponctuels ont été constatés à l'occasion de la revalorisation différentielle des pensions de 2020, en lien avec les problèmes de données du dispositif de ressources mensuelles, ou pour la majoration exceptionnelle des petites pensions en 2023, en lien avec l'imprécision de données de carrière anciennes⁵⁰⁴.

II - Des conditions à réunir plus systématiquement pour réussir les réformes

La CNAF et la CNAV ont adapté leur organisation pour faciliter la mise en œuvre des mesures nouvelles mais les calendriers de réforme imposent souvent de fortes contraintes et l'accompagnement des usagers mériterait d'être renforcé.

⁵⁰¹ Toutefois, le périmètre de l'indicateur a été modifié en 2023, ce qui rend la compréhension de son évolution dans le temps plus incertaine.

⁵⁰² L'indicateur de qualité de la liquidation relevant la part des erreurs est passé de 5,7 % en 2020 à 6,1 % en 2022. Le taux d'incidence financière des erreurs décelées dans les dossiers mis en paiement, qui évalue le montant des erreurs financières, est passé de 1,43 % en 2020 à 1,7 % en 2022.

⁵⁰³ Ils mesurent l'écart entre le taux d'indus détectés lors de l'instruction du dossier et le taux d'indus détectés par des contrôleurs expérimentés sur un échantillon aléatoire, extrapolé à tous les allocataires.

⁵⁰⁴ Cf. l'encadré au point I. B.2.

A - Une organisation des caisses intégrant les contraintes des réformes

La CNAV et la CNAF sont organisées différemment pour mettre en œuvre les réformes. La CNAV les gère dans son processus habituel de décision. La CNAF met en place des équipes projets spécifiques. Ces deux modes d'organisation ne sont pas comparables : la CNAV est l'opérateur d'un seul processus complexe, alors que la CNAF gère une grande diversité de prestations. Dans les deux cas, des coûts significatifs sont observés.

1 - Une intégration de la gestion des réformes dans tous les processus de la CNAV

La CNAV veille à ce que son processus habituel de décision soit adapté à la conduite des réformes. Elle recourt peu aux cabinets de conseil en-dehors des prestations informatiques⁵⁰⁵. Elle n'a adapté son organisation que pour l'intégration du régime social des indépendants, en créant une direction de projet *ad hoc* en 2017.

Pour le pilotage de la réforme de 2023, le comité exécutif de direction a été chargé des arbitrages les plus importants, assisté par un comité stratégique incluant quatre directeurs de caisse régionale. Les arbitrages sur les moyens informatiques ont été préparés par un comité de direction métier.

Les évolutions des métiers, liées ou non aux réformes, sont pilotées par programmes, répartis en projets, à travers des comités regroupant des responsables des métiers et du système d'information. La réforme de 2023 a fait l'objet d'un programme spécifique.

2 - Une gestion des réformes en mode projet à la CNAF

À la CNAF, dès qu'une mesure fait l'objet d'un pré-arbitrage interministériel, une conduite de projet formalisée est appliquée. Sous la responsabilité d'un chef de file, le plus souvent issu de la direction des politiques familiales et sociales, une équipe projet associe les directions centrales concernées⁵⁰⁶.

⁵⁰⁵ Entre 2014 et 2024, cinq fois, pour un coût total de 1,55 M€.

⁵⁰⁶ Généralement, la direction du réseau, la direction des statistiques, des études et de la recherche, la direction comptable et financière et la direction de l'évaluation et de la stratégie.

Les cabinets de conseil jouent un rôle important dans la maîtrise d'ouvrage des projets. Pour la déconjugalisation de l'allocation adulte handicapé en 2023, le cabinet retenu a participé à l'ensemble du processus et a fourni de nombreuses prestations⁵⁰⁷. Depuis 2023, la CNAF a renouvelé cette assistance pour chaque réforme d'envergure, le coût cumulé dépassant 6,7 M€, versés au même prestataire entre 2023 et mi-2025.

Cette externalisation a contribué à la montée en compétence de la maîtrise d'ouvrage interne mais a conduit à une trop forte dépendance de la CNAF à des prestations externes. Pour réinternaliser les savoir-faire essentiels à la conduite de ses projets, elle a constitué, en 2025, une équipe interne de maîtrise d'ouvrage de cinq personnes.

Les CAF sont impliquées dans la préparation et la mise en œuvre des réformes. Dès les phases préparatoires, certaines sont désignées pour identifier les difficultés d'application et contribuer à préparer des expérimentations. Avant la mise en œuvre d'une mesure, certaines caisses participent à la production des supports de formation et les testent.

Par exemple, lors de la déconjugalisation de l'allocation adulte handicapé en 2022-2023, des CAF ont participé, en phase de conception, à la construction des règles de gestion et des cas d'usage. Deux gestionnaires-conseils de la caisse de la Charente ont conçu un kit de formation pour les agents du réseau à partir de situations que les allocataires pouvaient rencontrer. Un tableau comparatif a été intégré dans l'applicatif des gestionnaires pour déterminer comment prendre en compte les ressources du conjoint afin de déterminer la modalité la plus avantageuse⁵⁰⁸.

Dix caisses, spécialisées dans les tests et vérifications des fonctionnalités du système d'information, et quinze, au titre des anomalies analysées après la mise en production, contribuent à la qualité des applicatifs informatiques.

⁵⁰⁷ Notes de cadrage pour les comités de pilotage, appui à l'expression de besoins, création de supports d'ateliers ou de webinaires, questions/réponses à destination du réseau, plans de conduite du changement, plans de communication, appui à la définition des cas d'usage et des parcours utilisateurs.

⁵⁰⁸ Le montant de l'allocation tient compte désormais des seuls revenus de la personne handicapée sauf s'il est plus favorable de prendre en compte les revenus des deux membres du couple.

La solidarité à la source, une gestion de projet dans la durée

La solidarité à la source consiste pour la CNAF à récupérer auprès de tiers de confiance la plupart des ressources des allocataires du RSA et de la prime d'activité pour préremplir les déclarations trimestrielles de ressources, précédemment remplies par les allocataires eux-mêmes. Ces ressources provenant de tiers (principalement les employeurs, les organismes de protection sociale et la direction générale des finances publiques) alimentent le dispositif de ressources mensuelles.

La réforme a bénéficié d'une longue préparation. Deux expérimentations ont été menées entre avril 2022 et juin 2024 dans une dizaine de CAF. La mise en production a été limitée à cinq caisses à partir d'octobre 2024 puis généralisée le 1^{er} mars 2025. Ces diverses opérations se sont déroulées de façon satisfaisante.

3 - Des coûts de gestion significatifs dont le suivi mériterait d'être amélioré

Le coût d'implantation des réformes⁵⁰⁹, faible au regard des montants des prestations, demeure important sur la période examinée : au total, 196,3 M€ pour sept grandes réformes gérées par la CNAF, dont la moitié pour la réforme des aides au logement en 2021, et 87,7 M€ pour quatre grandes réformes gérées par la CNAV.

À cela s'ajoute, à la CNAF, le surcoût de gestion annuel en cas de prestation nouvelle ou de difficulté accrue de gestion d'une prestation existante. Il est constitué pour l'essentiel de frais de personnel supplémentaire par rapport à la situation avant la réforme. Pour les sept grandes réformes précédemment mentionnées, le surcoût annuel de gestion total atteint 154 M€, pour 3 400 équivalents temps plein. Ce surcoût pour la CNAV, qui n'a pu être isolé, est faible dès lors qu'il concerne le processus habituel de gestion des prestations de retraite.

⁵⁰⁹ Développements informatiques, aide à la maîtrise d'ouvrage, communication et renforts de personnel temporaires.

Tableau n° 34 : coûts pour la CNAV et la CNAF de réformes importantes (en M€)

<i>Réformes</i>	CNAV	CNAF	
	Coût d'implantation	Coût d'implantation	Surcoût de gestion annuel
<i>Retraites (2023)</i>	46,5		
<i>Régime social des indépendants (2020)</i>	32,5		
<i>Système universel de retraite*</i>	3		
<i>Revalorisation différenciée des pensions (2020)</i>	5,7		
<i>Aides au logement (2021)</i>		97,3	20,5
<i>Prime d'activité (2016, 2019)</i>		10,5	54,1
<i>Recouvrement des impayés de pensions alimentaires (2017 à 2023)</i>		13,7	51
<i>Déconjugalisation de l'allocation adulte handicapé (2023)</i>		6,6	1,4
<i>Solidarité à la source (2025)</i>		61,1	26,5
<i>France Travail (2025)</i>		2,3	1,4
<i>Complément de libre choix du mode de garde (2025)</i>		4,8	0
Total	87,7	196,3	154,3

* Abandonné en 2020 mais ayant occasionné des coûts lors de la phase préparatoire.

Source : calculs Cour des comptes à partir des données de la CNAV et de la CNAF

Le pilotage de ces coûts n'est une priorité ni pour la CNAV ni pour la CNAF. Seules des estimations prévisionnelles ont été établies. La Cour préconise un suivi en comptabilité analytique des coûts liés aux mesures nouvelles.

Comptablement non affectées à des réformes en particulier, les dépenses informatiques contribuent pourtant à leur réussite. Elles se sont élevées en 2024 à 290 M€ à la CNAV, qui est aussi l'opérateur informatique des plus importants projets interbranches de la sécurité sociale⁵¹⁰, et à 238 M€ à la CNAF⁵¹¹. Dans les deux organismes, d'importants marchés-cadres pluriannuels avec plusieurs attributaires⁵¹² facilitent le recours aux intervenants externes en cas de réforme pour apporter une expertise particulière ou pour renforcer les équipes en surcharge.

Il est encore plus difficile d'estimer le nombre d'agents mobilisables, affectés à des tâches récurrentes hors réforme, qui sont aussi des intervenants essentiels lors de la mise en œuvre de mesures nouvelles, dans des fonctions de gestion de projet, d'appui expert, de formation et de communication. Sans être capable de mesurer la part de leur activité vouée aux réformes, la Cour estime leur nombre, en équivalents temps plein, à 1 250 à la CNAV et à 2 400 à la CNAF.

B - Des délais de conception et de mise en œuvre à mieux adapter aux contraintes opérationnelles

La multiplication et la simultanéité des réformes, combinées à des délais de préparation parfois courts, fragilisent leur mise en œuvre par la CNAF et la CNAV.

1 - Une simultanéité des réformes à éviter

À la CNAV, plus d'une vingtaine de mesures nouvelles ont été mises en application simultanément à l'occasion de chacune des réformes des retraites de 2014 et de 2023.

À la CNAF, le nombre élevé de réformes a conduit à des déploiements simultanés. Les années 2018 à 2021 ont été marquées par la

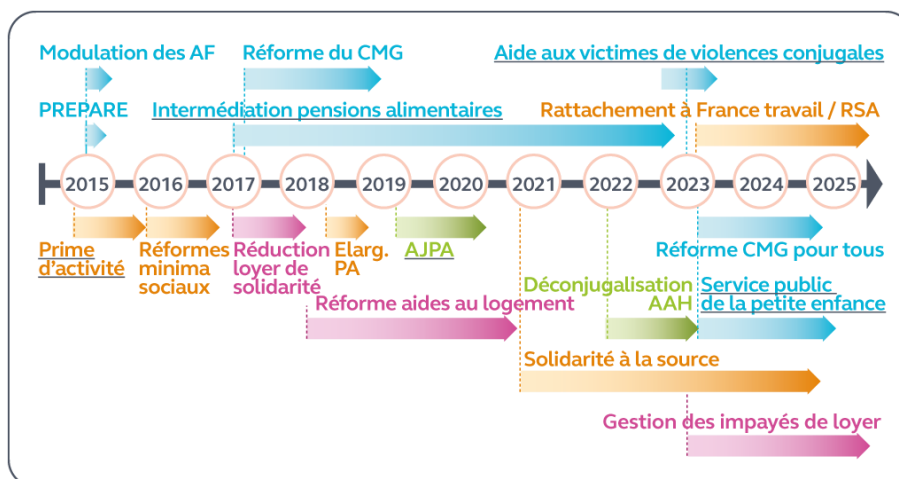
⁵¹⁰ Dont le dispositif de ressources mensuelles qui collecte les revenus d'activité et les revenus de remplacement des assurés et le répertoire de gestion des carrières unique qui centralise les données sur les carrières des pensionnés des différents régimes de retraite.

⁵¹¹ Les dépenses informatiques comprennent les dépenses d'investissement, de fonctionnement et de personnel.

⁵¹² La CNAV a notifié, fin 2024, 18 marchés de prestations intellectuelles de service informatique avec un plafond de 188 M€ sur quatre ans. À la CNAF, l'exécution de l'ensemble des marchés informatiques entre 2020 et 2024 a atteint 338 M€. La CNAF recourt également à des marchés-cadres pluriannuels mono-attributaires.

conduite concomitante de la réforme du complément de libre choix du mode de garde⁵¹³, de celle des aides au logement, de la création de l'allocation journalière du proche aidant⁵¹⁴ et de la généralisation de l'intermédiation des pensions alimentaires. Le rythme s'est accéléré en 2023 et en 2024 avec sept réformes d'envergure engagées ou poursuivies, et encore cinq en 2025.

Schéma n° 7 : des réformes d'envergure simultanées à la CNAF (2015-2025)



Note : le bleu correspond aux réformes des prestations familiales, l'orange à l'insertion, le rose au logement et le vert au handicap. Les termes soulignés identifient les nouvelles prestations.

Note de lecture : PREPARE : prestation partagée d'éducation de l'enfant ; AF : allocations familiales ; CMG : complément du libre choix du mode de garde ; PA : prime d'activité ; AJPA : allocation journalière du proche aidant ; AAH : allocation adulte handicapé ; RSA : revenu de solidarité active.

Source : Cour des comptes

Les 210 mesures nouvelles gérées par la CNAF depuis 2014 se sont succédé à un rythme de 18 mesures par an, soit une mesure en moyenne toutes les trois semaines, avec un point haut de 30 mesures en 2021.

⁵¹³ Notamment le transfert de son versement à Pajemploi.

⁵¹⁴ Destinée à compenser la diminution de revenus des proches aidants qui réduisent ou cessent leur activité professionnelle pour s'occuper d'un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

2 - La nécessité d'associer l'opérateur suffisamment en amont

Les réformes sont issues d'initiatives gouvernementales et, ponctuellement, d'amendements parlementaires⁵¹⁵, plus rarement des opérateurs eux-mêmes. Au titre de l'action sociale, la CNAF a décidé, à son initiative, 23 mesures nouvelles depuis 2015, par exemple en réformant la prestation de service unique qu'elle verse aux crèches.

Les sollicitations gouvernementales sont parfois nombreuses pour la préparation des réformes. Lors de la préparation du plan d'économies budgétaires mi-2025, la CNAF a instruit 20 demandes d'étude. La CNAV a fortement contribué à la préparation du projet de système universel de retraite de 2017 à 2020.

En général, la CNAF est associée en amont des projets. Quant à la CNAV, son niveau de contribution à la préparation est variable ; il est plus élevé pour les réformes d'ensemble portant sur les retraites.

Chaque projet de réforme donne lieu, à la CNAF comme à la CNAV, à une expertise juridique, une évaluation financière et des études de faisabilité informatique et opérationnelle. Des échanges réguliers sont conduits avec la direction de la sécurité sociale. Celle-ci exerce un rôle déterminant dans l'élaboration des réformes, en veillant à la prise en compte des contraintes des organismes et en assurant la coordination entre les caisses, notamment pour les projets comportant des échanges de données, tels que la mise en œuvre de la solidarité à la source. Ces travaux permettent d'ajuster les hypothèses et de préciser le périmètre du projet.

Par ailleurs, la CNAV a créé, en 2003, une cellule d'une dizaine d'experts, issus de plusieurs directions, chargés d'évaluer la faisabilité juridique, technique et financière des réformes. En outre, la direction des systèmes d'information est associée aux réunions stratégiques. Ce fonctionnement favorise l'anticipation des difficultés techniques et organisationnelles.

En revanche, des mesures qui n'ont pas fait l'objet d'une concertation préalable peuvent donner lieu à discussion après leur adoption, provoquant des retards de mise en application. Ainsi, le décret

⁵¹⁵ La déconjugalisation de l'allocation aux adultes handicapés a été votée en 2022 (article 10 de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022) après que le Gouvernement s'est opposé à des mesures similaires en 2018 et en 2021.

d'application de l'article 12 de la loi de juillet 2023 contre l'occupation illicite des logements n'est paru qu'en février 2026⁵¹⁶.

Les études d'impact des projets de loi rendent insuffisamment compte de la faisabilité informatique et opérationnelle des réformes d'envergure présentées par le Gouvernement, alors qu'elle est une condition essentielle de leur réussite. L'impact sur les services administratifs devrait être davantage approfondi. *A posteriori*, la représentation nationale devrait être informée des conditions de mise en œuvre des réformes adoptées par l'ajout d'un bilan à l'annexe 6 du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale.

3 - Des délais de préparation suffisants à prévoir

La CNAF et la CNAV doivent disposer d'un délai réaliste pour ajuster les procédures d'instruction, former les agents et recruter des personnels, adapter la communication aux allocataires et faire évoluer leurs outils informatiques.

Certaines réformes, comme celles du complément de libre choix du mode de garde de 2018 et 2025, ont mobilisé plusieurs systèmes d'information partenaires aux pratiques hétérogènes, à l'origine de délais de coordination. Selon la CNAF, une réforme d'envergure nécessite dix-huit mois entre la décision de réforme et son application. Ce délai n'a été respecté que pour 5 réformes d'envergure de la CNAF sur 17 entre 2015 et 2025.

Certaines mesures, notamment durant la crise sanitaire, ont dû être déployées par la CNAF et la CNAV en quelques semaines. Dans le cas de l'aide universelle d'urgence aux victimes de violences conjugales, dont les textes ont été publiés tardivement mais qui est entrée en vigueur quatre jours après la publication du décret d'application⁵¹⁷, la CNAF a dû anticiper les dispositions réglementaires applicables. La réforme des retraites promulguée le 14 avril 2023 prévoyait son entrée en vigueur au 1^{er} septembre, quatre mois et demi plus tard. La publication des décrets d'application s'est échelonnée durant l'été 2023.

Des délais réduits ne permettent pas d'anticiper les changements de version du système d'information. À la CNAF, une nouvelle version a été diffusée le jour même de la généralisation de la solidarité à la source, le 1^{er} mars 2025, ce qui a occasionné des perturbations.

⁵¹⁶ Le décret n° 2026-84 du 12 février 2026 relatif aux commissions de coordination des actions de prévention des expulsions locatives prévoit, pour les suspensions d'aides au logement aux familles avec enfant qui ont des impayés de loyer, les modalités d'accompagnement social que les CAF doivent proposer à ces familles en vue de traiter leur dette.

⁵¹⁷ L'aide a été instaurée par une loi du 28 février 2023 mais le décret d'application qui précise les modalités de versement, le niveau de l'aide en fonction des ressources et la nature des ressources prises en compte n'a été pris qu'en novembre 2023.

À l'inverse, des réformes ont été réalisées en plusieurs étapes programmées, comme l'intégration du régime social des indépendants à la CNAV, voire, dans le cas de la réforme de la solidarité à la source, ont prévu des périodes d'expérimentations ou des délais de préparation significatifs (cf. encadré II.A.2.b). Leur mise en œuvre opérationnelle en a été facilitée. De même, le projet de loi sur l'allocation de solidarité unifiée, dont l'adoption en Conseil des ministres est annoncée au printemps 2026, devrait prévoir un délai de préparation courant jusqu'au 1^{er} janvier 2030.

**L'intégration du régime social des indépendants à la CNAV :
des délais contribuant à sa réussite**

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a décidé l'intégration du régime social des indépendants (RSI) au régime général au 1^{er} janvier 2020. Les anciennes caisses du RSI ont assuré la continuité du service pendant une période transitoire de deux ans.

Les activités de retraite et de maladie de l'ex-RSI ont été séparées puis prises en charge par chacune des caisses nationales et locales, la gestion des dossiers de retraite revenant à la CNAV. Ceci a imposé le transfert d'un système d'information et le reclassement de 1 750 agents. Une communication adaptée a été assurée en direction des retraités et futurs retraités du RSI.

C - L'importance de l'accompagnement des réformes

La réussite d'une réforme, quelle que soit son ampleur ou sa complexité, repose sur la qualité de l'accompagnement au changement à la fois auprès des équipes qui la mettent en œuvre et des usagers concernés.

1 - Un accompagnement rapproché des équipes

La gestion du changement s'est développée à la CNAV à l'occasion de l'intégration du régime social des indépendants avec un plan d'accueil des agents de ce régime, en 2019. Elle s'est affermie à la CNAF après la réforme des aides au logement en 2021.

Elle repose dans les deux réseaux sur des formations soutenues : en 2023, plus de 80 % des agents du réseau de la CNAV et 73,5 % de celui de la CNAF ont bénéficié d'une formation. Des présentations des mesures nouvelles et les modifications de procédures sont diffusées aux agents (séminaires en ligne, vidéos, plates-formes de documents, canaux de

discussion, etc.). À la CNAF, dès les modalités de la réforme connues, un dossier-repère⁵¹⁸ est élaboré.

Dans les caisses locales des deux réseaux, des experts⁵¹⁹ analysent les réformes, assurent les formations et appuient les gestionnaires dans la mise en œuvre des mesures nouvelles.

Cette gestion du changement a favorisé un climat social assez apaisé au sein des deux réseaux malgré la pression des réformes⁵²⁰. L'interruption de la baisse des effectifs dans les conventions d'objectifs et de gestion (COG) 2023-2027, au profit d'une augmentation des plafonds d'emplois, y a aussi contribué. À la CNAV, le plafond d'emploi a été temporairement augmenté de 300 équivalents temps plein (ETP) en 2023 et de 200 ETP en 2024. À la CNAF, il a été augmenté de plus de 700 ETP sur la durée de la COG au titre de l'amélioration de la qualité de service et des réformes⁵²¹.

2 - Une relation aux usagers soutenue mais perfectible

La CNAF et la CNAV accentuent la communication pendant les réformes pour faciliter leur compréhension par les allocataires, en particulier lorsqu'elles sont complexes. Cela a été le cas pour la majoration exceptionnelle des petites pensions en 2023 ou pour l'ajout d'une nouvelle ligne sur les bulletins de paie, le montant net social, qui accompagne la mise en œuvre de la solidarité à la source en 2025. Selon deux études de la CNAF, les usagers comprennent mal le sens de ce nouvel agrégat⁵²² alors qu'ils jugent le pré-remplissage, autre volet de la réforme, simple et rapide.

Les deux caisses ciblent certaines catégories de population en s'appuyant sur les réseaux sociaux et sur leur site internet⁵²³. Les caisses locales démultiplient l'information auprès de partenaires tels que les

⁵¹⁸ En plusieurs dizaines de pages, le dossier-repère présente le contexte et les modalités pratiques de la mesure pour les usagers et les équipes. Il est apprécié des agents.

⁵¹⁹ Notamment, les centres de ressources régionaux et interrégionaux à la CNAF et les adjoints techniques de chaque équipe de gestionnaires à la CNAV.

⁵²⁰ 76 % des agents de la CNAF se disaient globalement satisfaits de leur travail en juin 2024 et 70 % des agents de la CNAV estimaient jouir d'une bonne qualité de vie au travail en décembre 2023.

⁵²¹ 30 ETP en moyenne annuelle ont été alloués, en plus de la trajectoire prévue par la COG, au pilotage de la gestion des anomalies sur le dispositif de ressources mensuelles et à la fiabilisation des données pour le compte des partenaires.

⁵²² Il correspond aux revenus pris en compte pour calculer le revenu de solidarité active et la prime d'activité. Il peut différer du net à payer et du revenu fiscal.

⁵²³ À la CNAV, une rubrique « La réforme des retraites et moi » a été ajoutée, entre juin et décembre 2023, sur le site lassuranceretraite.fr. À la CNAF, le site internet caf.fr est l'un des sites publics les plus consultés en France.

Maisons France services, les entreprises, les conseils départementaux et par des contacts directs (SMS, courriels, appels téléphoniques) vers des publics présélectionnés.

Dès l'annonce de la réforme des retraites, le 10 janvier 2023, la CNAV a mis en ligne sur son site internet un simulateur pour que chaque assuré puisse apprécier ses effets sur sa situation personnelle. Pour la réforme du complément de libre choix du mode de garde, Pajemploi, en lien avec la CNAF, a également mis en ligne un simulateur mi-2025.

Lors de la réforme des retraites, ces dispositifs ont permis de limiter en 2023 le nombre d'appels téléphoniques à six millions et celui des courriels à un million et demi, soit un niveau équivalent à celui de 2022.

Pour faire face à des pics d'appels, les équipes des plateformes téléphoniques des deux organismes sont renforcées lors des réformes importantes et des scripts de réponse leur sont fournis.

En 2023, la CNAV a même atteint un point haut de taux d'appels aboutis (87,50 %)⁵²⁴, résultat facilité par la mise en place d'une file d'attente avec un message explicatif de la réforme sur le numéro d'appel.

Le nombre d'appels aux CAF reste difficile à prévoir en période de mesure nouvelle. De nombreux allocataires sont sensibles aux évolutions de leurs prestations et manifestent alors un fort besoin de réassurance. Fin septembre 2025, un afflux inattendu d'appels lors du premier versement du nouveau complément de libre choix du mode de garde a été constaté. Le taux de décrochés reste bas : tombé à 61 % en 2021 lors de la réforme des aides au logement, il est revenu à 78,2 % en 2024, ce qui reste insuffisant. La priorisation des appels avec détection de leurs motifs en 2023 s'est avérée décevante.

Les contestations de versements constituent un point sensible de la relation avec les usagers, particulièrement lors des réformes. Leur traitement s'améliore.

Le nombre de réclamations à l'égard de l'assurance retraite a doublé depuis 2019 mais les délais de traitement se sont réduits. Le taux des réclamations traitées dans les délais⁵²⁵ était de 79 % en 2020, 79,6 % en 2023 et 84,6 % en 2024. À la CNAF, depuis la mise en place de la solidarité

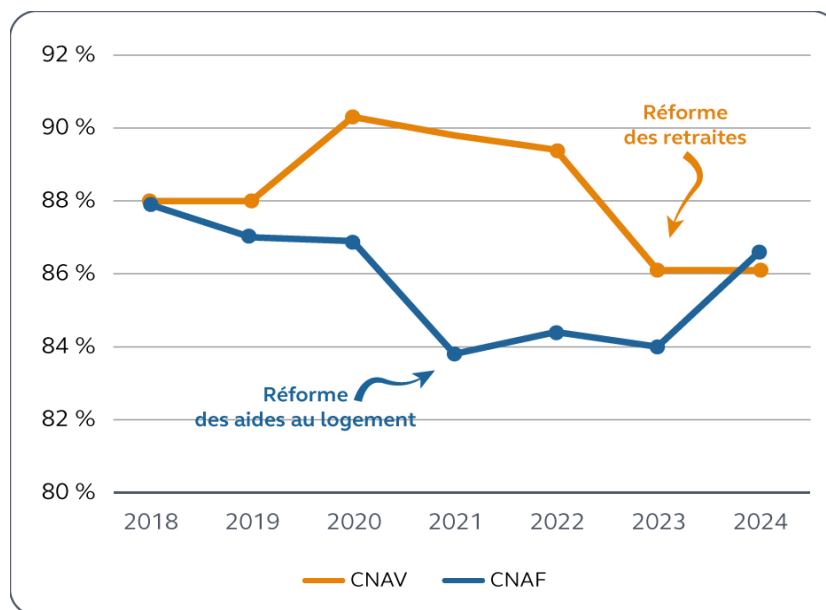
⁵²⁴ Sur les appels adressés à l'organisme, pourcentage d'appels décrochés par une personne physique ou aboutissant à une information délivrée par un serveur vocal. Les appels abandonnés à l'initiative de l'utilisateur ne sont pas comptabilisés dans les appels adressés à l'organisme.

⁵²⁵ Dans les 7 jours pour les réclamations urgentes, les 30 jours pour les réclamations « standard » et les 60 jours pour les réclamations complexes.

à la source, les bénéficiaires doivent valider les montants de ressources établis pour le calcul du RSA et de la prime d'activité. L'allocataire effectue un signalement en cas de désaccord, ce qui conduit le plus souvent à corriger immédiatement la prestation, avant même la vérification de la justification du signalement. Bien que seule une proportion limitée des signalements soit justifiée⁵²⁶, cette formule a contribué à instaurer la confiance dans la réforme. Désormais, leur prise en compte seulement après acceptation par la CNAF de leur justification éviterait les lourdes procédures d'annulation de trop-versés.

Le niveau de satisfaction des allocataires dépend de la qualité de service, de la relation aux usagers mais aussi de l'appréciation du fond de la réforme. Le taux de satisfaction s'est dégradé pour les usagers de la CNAV entre 2022 et 2024, à la suite de la réforme des retraites. À la CNAF, il a subi le contre-coup des difficultés de la réforme des aides au logement.

Graphique n° 33 : taux de satisfaction des usagers de la CNAV et de la CNAF (2018-2024)



Note : le taux de satisfaction des usagers de la CNAV porte sur les retraités du régime général en 2018 et 2019 et, à compter de 2020, sur les retraités du régime général et ceux du régime des travailleurs indépendants. Source : Inspection générale des affaires sociales (évaluation de la convention d'objectifs et de gestion de la CNAV 2018-2022) et direction de la sécurité sociale

⁵²⁶ Les signalements portent sur moins de 5 % des primes d'activité, à l'été 2025, dont 15 % environ sont justifiés, soit moins de 1 % de pré-remplissage non fiable.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La fréquence des réformes et la brièveté des délais d'application ont conduit la CNAF et la CNAV à prendre en compte les contraintes de leur mise en œuvre dans leur organisation. La CNAV a adapté l'ensemble de son fonctionnement pour qu'il intègre l'impératif des réformes, quitte à renforcer durablement certains effectifs. La CNAF privilégie le mode projet avec des équipes et des processus spécifiques. Dans les deux caisses, la maîtrise et le suivi des coûts correspondants ne sont pas une priorité.

À quelques exceptions près, les réformes sont appliquées dans les délais. Une réforme qui rencontre des difficultés d'application, comme celle des aides au logement en 2021 pour la CNAF, peut toutefois perturber durablement le fonctionnement général de l'organisme et la qualité du service due aux usagers. Aussi, les pouvoirs publics devraient mieux tenir compte des contraintes structurelles qui pèsent sur les organismes pour la mise en application des réformes et être mieux informés des difficultés d'avancement et des coûts de gestion associés.

La forte sollicitation des systèmes d'information par les réformes retarde leur modernisation alors que leur ancienneté et leur manque d'adaptabilité les fragilisent sérieusement, en particulier à la CNAF. L'ampleur et l'urgence des mises à niveau des systèmes d'information à réaliser constituent une priorité quel que soit le flux des réformes à venir, sous peine de mettre en risque le service même des prestations.

La Cour formule les recommandations suivantes :

33. *établir chaque année, dès 2027, à destination du Parlement, un bilan de la mise en œuvre des mesures nouvelles gérées par la CNAV et la CNAF, sur les plans opérationnels et des coûts de gestion (ministère du travail et des solidarités, ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, caisse nationale d'assurance vieillesse, caisse nationale des allocations familiales) ;*
 34. *définir la trajectoire de refonte du système d'information de la CNAF d'ici 2027, en vue d'une mise en œuvre dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion 2028-2032 (ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, caisse nationale des allocations familiales) ;*
 35. *sécuriser, dès 2027, une partie des moyens affectés par la CNAV et la CNAF aux systèmes d'information pour réduire leur obsolescence (ministère du travail et des solidarités, ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, caisse nationale d'assurance vieillesse, caisse nationale des allocations familiales).*
-

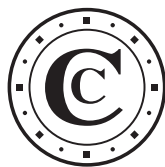
Liste des abréviations

AAH	Allocation adulte handicapé
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AF	Allocations familiales
AJPA	Allocation journalière du proche aidant
ALD	Affection longue durée
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ARS	Agences régionales de santé
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AT-MP	Accidents du travail – maladies professionnelles
AT-Pro	Association Transition Pro
C2P	Compte professionnel de prévention
C2S	Complémentaire santé solidaire
C3P	Compte personnel de prévention de la pénibilité
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CAF	Caisses d'allocation familiale (réseau)
CANMSS	Régime spécial de sécurité sociale dans les mines
CAQES	Contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CD-RCO	Complément différentiel de retraite complémentaire obligatoire
CMG	Complément de libre choix du mode de garde
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNIEG	Régime spécial des industries électriques et gazières
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales

CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COG	Convention d'objectif et de gestion
CPAM	Caisses primaires d'assurance maladie
CPF	Compte personnel de formation
CPIR.....	Commission paritaire interprofessionnelle régionale
CPIR.....	Commission paritaire interprofessionnelle régionale
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
CRPCEN	Régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires
CRPCF	Caisse de retraites du personnel de la Comédie Française
CRCFE	Caisse de Retraite des Chemins de fer Franco-Ethiopiens
CROPERA ...	Caisse de retraites des personnels de l'Opéra national de Paris
CRRFOM	Agents des chemins de fer d'outre-mer
CSG	Contribution sociale généralisée
DDETS	Directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités
DGFîP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DMS	Durée moyenne de séjour
DREESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRM	Dispositif relatif aux ressources mensuelles
DSN.....	Déclaration sociale nominative
DSS	Direction de la sécurité sociale
EHPAD	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIR	Répertoire des échanges inter-régimes de retraite
ENIM	Établissement national des invalides de la marine
ERFS	Enquête Revenus fiscaux et sociaux
ETP	Équivalent temps plein
FATIACL.....	Fonds d'allocation temporaire d'invalidité des collectivités locales
FIPU	Fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle
FIR	Fonds d'investissement régional
FMIS	Fonds de modernisation des établissements de santé
FRR	Fonds de réserve pour les retraites
FSE.....	Facteurs socio-économiques
FSPOEIE	Fonds spécial des pensions d'ouvriers des établissements industriels de l'État
FSV	Fonds de solidarité vieillesse

GHT	Groupements hospitaliers de territoire
GVT	Glissement-vieillesse-technicité
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS.....	Haute Autorité de santé
HCFP.....	Haut Conseil des finances publiques
HCSP.....	Haut Conseil de la santé publique
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM.....	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IP-DMS	Indice de performance des durées moyennes de séjour
ISA	Normes internationales d'audit (<i>International Standards on Auditing</i>)
LACSS	Loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LPFP	Loi de programmation des finances publiques
MCO	Médecine-chirurgie-obstétrique
MDPH.....	Maisons départementales des personnes handicapées
MICO	Minimum contributif
MSA.....	Mutualité sociale agricole
NGAP.....	Nomenclature générale des actes professionnels
OCDE.....	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM.....	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
OPPBTP	Organisme professionnel de prévention du BTP
PA	Prime d'activité
PCH.....	Prestation de compensation du handicap
PIB	Produit intérieur brut
PLACSS.....	Projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMA	Panier modéré (dans le contexte dentaire, souvent associé au panier sans reste à charge et panier libre)
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information des hôpitaux
PRAPS	Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins
PREPARE	Prestation partagée d'éducation de l'enfant
PUMA	Protection universelle maladie
RAIP	Retraite anticipée pour incapacité permanente

RALFSS	Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale
RATOCEM ..	Rentes accidents du travail des ouvriers civils des établissements militaires
RGCU	Répertoire de gestion de carrières unique
RISP	Régime d'indemnisation des sapeurs-pompiers communaux non professionnels
ROBSS	Régimes obligatoires de base de la sécurité sociale
ROR	Référentiel national de l'offre des ressources en santé et médico-social
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Régime social des indépendants
SAAD	Services d'aide et d'accompagnement à domicile
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SASPA	Service de l'allocation spéciale aux personnes âgées
SEFI	Système électronique de facturation intégrée
SMIC	Salaire minimum interprofessionnel de croissance
SMR	Soins médicaux de réadaptation
SNI	Soutien national à l'investissement
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
SPEI	Service de prescription électronique intégré
SRE	Service des retraites de l'État
TE-TP	Tableaux d'équilibre / Tableau de situation patrimoniale
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UE	Union européenne
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
URSSAF	Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
USLD	Unités de soins de longue durée
VSL	Véhicules sanitaires légers
VTC	Voitures de transport avec chauffeurs



Dans le cadre de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement et au Gouvernement, la Cour des comptes présente chaque année un rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Dans sa première partie, le rapport 2026 présente la situation des finances sociales afin d'éclairer le vote par le Parlement de la loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale. Il étudie les conditions de la régulation de l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) et la certification des comptes du régime général par la Cour des comptes.

La deuxième partie analyse quatre domaines relevant de l'assurance maladie. Des recettes plus élevées pourraient être obtenues par une refonte du dispositif des franchises et participations forfaitaires. Les réformes engagées pour les soins dentaires et le transport de patients n'ont pas permis une modération de la dépense, qui supposerait une régulation plus stricte et une responsabilisation des acteurs. Enfin, des alternatives moins coûteuses aux hospitalisations inadéquates, inutiles ou trop longues devraient être développées.

La troisième partie examine les difficultés de mise en œuvre de réformes, telles la revalorisation des petites pensions ou la transformation du compte professionnel de prévention de l'usure professionnelle. Leur fréquence a nui à la modernisation technique des caisses nationales d'allocations familiales et d'assurance vieillesse, et a perturbé la qualité du service rendu aux assurés.

Cour des comptes

13, rue Cambon
75100 Paris Cedex 01
Tél. : 01 42 98 95 00
www.ccomptes.fr